

**FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS**

ANNÉE 1971

THÈSE

N° 17

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. GÉNOT Michel

né le 8 Septembre 1939 à Chalon-sur-Saône (S.et-L.)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

1 DEC. 1971

**LA PRIMO INFECTION TUBERCULEUSE :
ÉTUDE A PROPOS DE 130 OBSERVATIONS
RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE CLINIQUE
MÉDICALE INFANTILE
DU CENTRE HOSPITALIER D'ANGERS**

Président : M. DELAITRE, Professeur

**FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE D'ANGERS**

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. GENOT Michel

né le 8 Septembre 1939 à Châlon-sur-Saône (S.-et-L.)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**LA PRIMO INFECTION TUBERCULEUSE :
ÉTUDE A PROPOS DE 130 OBSERVATIONS
RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE CLINIQUE
MÉDICALE INFANTILE
DU CENTRE HOSPITALIER D'ANGERS**

Président : M. DELAITRE, Professeur



FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS

Section Médecine : rue Haute de Reculée

Section Pharmacie : 16, Bd Daviers

DOYEN		<u>M. RENIER</u>
ASSESEURS	{ (Pharmacie)	M. GERMAIN
	{ (Médecine)	M. DESNOS
	{ (Médecine)	M. PILLET
	{ (Pharmacie)	Mlle QUERO
DOYEN HONORAIRE		M. ROUCHY
PROFESSEURS HONORAIRES	{	M. AMSLER
	{	M. DAVID
	{	M. HY
	{	M. ROUSSEAU
	{	M. MARTIN

--oOo--

PROFESSEURS TITULAIRES

M.M. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie chimique
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière Médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MENARD	Hygiène et Médecine sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale A
DURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
REBEL	Histologie embryologie
RENIER	Clinique Rhumatologique
ROGNON	Pathologie chirurgicale
ROUCHY	Clinique Gynécologique et Obstétricale
SIMARD	Anatomie Pathologique

PROFESSEUR TITULAIRE à TITRE PERSONNEL

HOCQUET	Parasitologie
---------	---------------



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M.M. BONNIOT	Clinique Médicale B	C.H.R.
JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale	C.H.R.
PERTUS	Urologie	C.H.R.
PARSY	O. R. L.	C.H.R.
TADEI	Médecine Générale et Cardiologie	C.H.R.

AGREGES

M.M. GODLEWSKI	50, rue de Chateaudun PARIS (9 ^e)	Neurologie
TESTARD	2, place André Leroy ANGERS	Pédiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.M. ALLAIN	6, avenue Pasteur ANGERS	Pharmacologie
AUGEREAU	132, boulev. du Montparnasse PARIS (14 ^e)	Pharmacodynamie
BREGEON	20 bis rue de Brissac ANGERS	Rhumatologie
CAYEUX		
CARON		
Mme CAVELLAT	8, Domaine de la Croisette BOUCHEMAINE	Anesthésie-Réanimation
M.M. CAVELLAT	d° d° d°	Anesthésie-Réanimation
COULLAUD	25, rue d'Alsace ANGERS	Physiologie
DESNOS	26, rue du Dr Guichard ANGERS	O.R.L.
EMILE	4, place Lorraine ANGERS	Neurologie
FRESNEAU	38, place du Dr Bichon ANGERS	Médecine Interne
GIRAULT	"La Martinière" La POINTE-BOUCHEMAINE	Biochimie Médicale
GROSIEUX	50, boul. du Roi René ANGERS	Gynécologie-Obstétrique
HUREZ	16, Esplanade du Val d'Or AVRILLE	Hématologie-Immunologie
HUYGHES-DESPOINTES	10, av. Jean Lurçat AVRILLE	Biochimie Médicale
LARGET-PIET	29, rue des Arènes ANGERS	Pédiatrie Génétique
LARRA	18, rue La Fontaine ANGERS	Histologie
LE LIRZIN	2, rue Desjardins ANGERS	Gynécologie-Obstétrique
PILLET	18, rue Létanduère ANGERS	Anatomie
PILLOT	307, route de Paris ANGERS	Bactériologie
PLANE	39, avenue Jeanne d'Arc ANGERS	Chirurgie Générale
Mlle PRELOT	11, rue du Dr Goujon PARIS (14 ^e)	Physiologie-Zoologie
QUERO	90, av. de Neuilly - 92 NEUILLY S/SEINE	Microbiologie
M. RIBERI	6, rue Bigot ANGERS	Médecine Interne
Mme SCHNITZLER	2, rue Gay Lussac ANGERS	Dermatologie-Vénéréologie

Par délibération en date du 28 Janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A mes PARENTS

A mes AMIS

A notre président de thèse :

Monsieur le Professeur DELAITRE

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et initié à la
Pédiatrie.

.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre reconnaissance res-
pectueuse et de notre pro-
fonde gratitude.

A Monsieur le Professeur AMSLER

Professeur Honoraire
de Clinique Pneumo-Phtisiologique

Officier de la Légion d'Honneur

Médaille Militaire

En hommage de notre profond
respect et de notre reconnais-
sance pour son enseignement.

à Monsieur le Professeur TESTARD

Professeur Agrégé de Pédiatrie

En témoignane de notre recon-
naissance pour les connaissan-
ces qu'il nous a apportées.

à Monsieur le Professeur FRESNEAU

Maître de Conférences Agrégé de
Médecine Interne et Thérapeutique

Il nous fait l'honneur d'être
notre Juge.

Qu'il veuille bien trouver ici
nos sincères remerciements.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine d'ANGERS
et tout particulièrement à

Monsieur le Professeur AMSLER

Monsieur le Professeur MARTIN

Monsieur le Professeur MENARD

Monsieur le Professeur RENIER

Monsieur le Docteur BAYLE

Monsieur le Professeur HY

Monsieur le Professeur TADEI

Toute notre reconnaissance.

à Monsieur le Docteur FOURRIER

Médecin Attaché de Pédiatrie

Avec notre reconnaissance pour
la bienveillance et la sympa-
thie avec lesquelles il nous a
guidé dans l'élaboration de ce
travail.

PLAN du TRAVAIL

=====

INTRODUCTION

RAPPEL des NOTIONS THEORIQUES sur L'IMMUNITE
TUBERCULINIQUE et les TESTS qui en DECOULENT

L'ETUDE des 130 OBSERVATIONS :

- A) Notions étio-pathogéniques
- B) Les observations présentant une vaccination BCG antérieure
- C) Les signes d'invasion tuberculeuse
- D) L'étude des cas de primo-infection suivant la localisation :
 - les tuberculoses extra-respiratoires
 - . ostéo-articulaires
 - . adénites
 - . localisations méningées
 - . septicémies (cf. formes cliniques)
 - Les tuberculoses respiratoires avec le bilan paraclinique
- E) Certaines formes cliniques :
 - la tuberculose du nouveau-né
 - la tuberculose de l'adolescence
- F) Le devenir connu de ces malades - traitement
 - placement

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

L'étude des primo-infections tuberculeuses dépistées dans le Service de Clinique Médicale infantile au C.H.U. d'ANGERS et dans un Service privé sur une période de 10 ans (1960 à 1970) nous a permis de retrouver 130 observations.

L'intérêt de ce travail nous semble résider dans les circonstances de découverte, dans les notions étio-pathogéniques qui en découlent, dans le tableau clinique qui était réa-lisé, dans la distribution viscérale de l'atteinte tuberculeuse primaire, dans le devenir de chacun de ces malades et enfin dans l'évolution globale de l'endémie tuberculeuse de la région au cours de cette décade.

Nous précisons tout de suite qu'il ne s'agit que de l'étude du tableau initial de ces primo-infections car l'évo-lution s'est faite soit dans le milieu familial s'il était favo-rable et si la gravité du cas le permettait, soit dans des éta-blisements spécialisés auxquels nous avons l'habitude de con-fier des malades graves ou socialement défavorisés.

Ceci enlève de l'importance aux notions thérapeu-tiques qui, de toutes façons, n'ont pas compris pour cette pério-de les antibiotiques récents. De même l'évolution à distance, les techniques d'exploration en cours ne seront pas abordées.

Nous avons essayé de rechercher si la primo-infection garde une gravité tant sur le plan social que sur le plan individuel ; si la vaccination antituberculeuse a un impact et si des mesures générales de vaccination ou de chimio-prophylaxie auraient pu éviter dans la plupart des cas le développement de la maladie.

RAPPEL des NOTIONS THEORIQUES sur L'IMMUNITE TUBERCULINIQUE et les TESTS qui en DECOULENT

(1) *RAPPEL de la notion d'ALLERGIE TUBERCULINIQUE*

La réponse aux différents tests tuberculiniques est un élément essentiel pour le diagnostic de la primo-infection tuberculeuse, c'est pourquoi nous nous permettons de rappeler très brièvement les principales notions concernant l'allergie tuberculinique.

C'est Von PIRQUET en 1906 qui créa le terme d'allergie pour décrire un état réactionnel nouveau apparaissant chez les sujets ayant eu un premier contact avec une substance immunogène ou allergène.

Dans le cas de l'allergie tuberculinique, il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité retardée ou allergie cellulaire : en effet les facteurs immunologiques sont portés par des cellules et non pas dans les humeurs comme pour l'hypersensibilité immédiate. On aura donc une réponse d'apparition lente et de durée prolongée à l'introduction de l'allergène.

Cet état d'hypersensibilité retardée ne peut pas être transmis à un sujet neuf par l'injection de sérum provenant d'un sujet sensibilisé car il n'y a pas d'anticorps sériques. Par contre, cet état peut être transmis à un sujet neuf par l'injection de lymphocytes prélevés chez un donneur sensibilisé : tout

se passe comme si l'hypersensibilité retardée était liée à la présence d'anticorps fixés sur certaines cellules lymphoïdes dites sensibilisées.

L'hypersensibilité retardée est mise en évidence en disposant l'antigène à la surface de la peau : si le sujet présente une hypersensibilité retardée, une réaction érythémato-papuleuse apparaît vers la 12ème heure pouvant évoluer vers la vésiculation ou même la nécrose si le sujet est fortement sensibilisé. Il n'y a pas de manifestations locales avant la 6ème heure et la réaction atteint son maximum vers la 72ème heure. Le temps de latence correspond au temps nécessaire à la migration des cellules lymphoïdes sensibilisées vers le point où l'antigène a été déposé.

(II) Les TESTS TUBERCULINIQUES

Le diagnostic de primo-infection tuberculeuse repose sur la notion de virage récent des réactions tuberculiniques. Mais encore faut-il que ces réactions cutanées à la tuberculine soient faites selon une technique irréprochable et que leur lecture soit correcte. Les tests utilisés sont qualitatifs ou quantitatifs :

- Les tests qualitatifs

.....

α La cuti-réaction consiste à déposer une goutte de tuberculine brute sur la peau du bras. On fait une scarification superficielle à travers la goutte et une autre scarification témoin en peau saine à 2 ou 3 cm au-dessus. La lecture se fait à partir de 48 heures, de préférence le 3ème ou 4ème jour. La réaction est positive quand le palper permet de sentir une induration, l'érythème seul étant insuffisant. Cette réaction est commode et facile mais n'est pas toujours très sensible.

β La percuti-réaction consiste à déposer une goutte de tuberculine brute sur la peau et à la faire pénétrer par friction douce. Elle est remplacée par la pratique des timbres tuberculiniques, timbres à la tuberculine fraîche ou timbres à la tuberculine desséchée :

- à la tuberculine fraîche (Moro Patch)
- à la tuberculine desséchée : c'est le Néotest normal ou fort.

γ Les tests trans-dermiques sont très valables et parmi eux la bague ou monotest est d'un emploi pratique. Il s'agit d'un excellent test mais la réaction est moins nuancée que l'intra-dermo (réaction du tout ou rien). Par contre, on n'observe pas de réaction violente comme on peut en voir avec l'intra-dermo.

- *Les Tests quantitatifs* sont représentés par l'intra-dermo-réaction de Mantoux. Il faut utiliser 1/10ème de ml d'une solution de tuberculine purifiée à 3, 10 ou 50 unités. L'injection doit être faite au 4^e ou 5^e jour et la positivité se traduit par une induration palpable :
- .. au dessous de 5 mm réaction négative
 - .. entre 5 et 10 mm, réaction de faible intensité
 - .. au-dessus de 10 mm réaction franche ou forte.

En ce qui concerne le diagnostic de la primo-infection (avec une solution de tuberculine à 10 Unités par exemple :

- réaction forte (c'est-à-dire supérieure à 10 mm) chez un enfant ayant auparavant une anergie tuberculinique : il s'agit d'un virage.
- réaction forte mais pas de notion d'anergie antérieure : c'est le contexte qui prend toute son importance (notion de contagé, adénopathie, état général altéré)

- dans le cas où la réaction est de faible intensité (comprise entre 5 et 10 mm) il peut s'agir :

- . d'une vaccination antérieure par le BCG dont l'enfant a gardé le souvenir
- . d'une contamination tuberculeuse ancienne sans manifestation pathologique
- . d'une allergie non spécifique des mycobactéries atypiques mise en évidence en testant le malade par une sensibilité obtenue à partir de ces mycobactéries

Au terme de cette énumération on fera 4 remarques

1°) La répétition des tests tuberculiniques entraîne une modification de la réponse qui est précoce (test de la 48ème heure), l'induration étant plus difficile à mettre en évidence, moins ferme.

2°) Certains sujets ne virent pas leur cuti même en cas d'invasion tuberculeuse massive (à Lübeck certains enfants n'ont pas viré leur cuti) et on citera le cas de cet enfant de 7 mois (Obs.n°47) chez qui on avait trouvé :

.. des BK à l'examen direct dans le liquide de ponction d'un ganglion cervical et au tubage gastrique

.. une culture des urines positive, et qui 4 mois après avait encore une cuti-réaction négative (elle s'est d'ailleurs positivée par la suite)

3°) Il existe de fausses réactions, notamment avec des timbres : si théoriquement, il est facile de distinguer la réponse bien ronde liée à la tuberculine de la réponse rectangulaire liée au support, bien souvent une série de petites vésicules sans topographie spéciale provoque le doute.

4°) L'existence d'une vaccination B C G ancienne souvent non contrôlée ultérieurement, rend également bien délicat la conclusion de virage de cuti.

En pratique, dans notre série de 130 cas, c'est presque toujours

la cuti réaction qui a été utilisée car si, comme on l'a vu plus haut, elle n'est pas toujours très sensible, elle est facile à pratiquer. La bague est d'un emploi pratique et simple car standardisé. Par contre, le timbre semble donner des résultats moins fidèles.

ETUDE des 130 OBSERVATIONS

Nous avons divisé cette étude en divers chapitres qui nous ont paru se succéder logiquement :

- d'abord la recherche de *notions générales d'étiopathogénie* permettant de situer notre travail dans le cadre du milieu représenté, c'est-à-dire la région angevine. Nous nous sommes attaché à rechercher l'évolution de l'endémie tuberculeuse, la distribution suivant le sexe, la race, l'âge. Nous avons essayé d'évaluer la gravité, le contagage, la contagiosité.
- En un second temps, nous avons détaché spécialement les *cas d'enfants ayant été vaccinés au B C G* car il s'agissait du premier obstacle à franchir pour affirmer le virage des tests tuberculiniques.
- En un troisième temps *l'étude des signes classiques d'invasion tuberculeuse* nous a permis de mettre l'accent sur les signes cliniques qui bien souvent orientent le diagnostic vers la tuberculose.
- Puis l'étude proprement dite des diverses *observations* sera traitée dans le chapitre étude clinique en essayant de classer suivant l'habituelle distinction des primo-infections non respiratoires et respiratoires. Cette étude sera menée aussi bien cliniquement que radiologiquement en essayant aussi souvent que possible de donner un résumé des observations intéressantes.

- Certaines formes très caractéristiques, essentiellement liées à l'âge, nous ont paru devoir être présentées spécialement.
- Il est difficile de ne pas évoquer le traitement mis en train et éventuellement le placement décidé, mais tout ce la relève déjà de l'évolution de la maladie et n'est pas à proprement parler notre sujet, aussi les traiterons-nous plus succinctement.

A) NOTIONS ETIO-PATHOGENIQUES

=====

Les 130 observations de primo-infections tuberculeuses nous ont permis d'étudier l'évolution du nombre de cas dans la décade, les notions de sexe et de race, la distribution en âge, la mortalité, les notions de contagé et de contagiosité. Une partie de ces notions sera résumée dans des tableaux ci-joints.

- Le nombre de cas (tableau n° 1)

Il n'est pas facile de tirer des conclusions de chiffres aussi peu importants mais il apparaît nettement que la primo-infection est en diminution de 1961 à 1968 (20 en 1961, 13 en 1965, 6 en 1968). On notera toutefois des pics de 18 cas en 1964, 14 cas en 1969. Sur d'aussi petits chiffres l'existence d'une atteinte familiale de 4 ou 5 frères et soeurs changera évidemment l'aspect de la colonne de l'année.

- Le sexe : Il est remarquable de retrouver une égalité entre garçons et filles (65 garçons et 65 filles). Lors d'un travail concernant les mêmes observations non compris les méningites et qui représentait 110 observations actuelles, R. DELAITRE et E. FOURRIER avaient retrouvé 55 garçons et 55 filles.

- La race

Plusieurs travaux identiques au nôtre concernant les primo-infections des dernières années, ont été publiés dans d'autres villes. Il y est fait mention de bon nombre d'enfants de travailleurs émigrés.

Dans une statistique établie dans le Service du

Nombre de cas



Pr MANDE à l'Hôpital Bretonneau sur un total de 464 primo-infections tuberculeuses, 118, c'est-à-dire 25,4 % concernent des enfants de travailleurs migrants. Et en analysant les chiffres au cours de trois périodes successives (1956-59, 1960-64, 1965-69) on remarque que chaque période voit le nombre total de primo-infections diminuer de moitié par rapport à la période précédente, mais la proportion d'enfants migrants a plus que doublé (17,8 à 42 %) entre la première et la dernière période

	1956-59		1960-64		1965-69	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Enfants métropolitains ..	216	82,2	87	67	37	58
Enfants migrants	47	17,8	43	33	28	42
TOTAL	263	100	130	100	65	100

Dans une autre statistique établie cette fois à LYON dans le service du Pr GILLY (tableau ci-dessous) on constate là encore que la proportion de tuberculoses initiales chez les enfants de travailleurs migrants a augmenté de 1962 à 1967 passant de 48,2 % à 58,2 %.

	1 9 6 2		1 9 6 7	
	Nombre	%	Nombre	%
Enfants métropolitains ..	70	51,9	41	41,8
Enfants transplantés	65	48,2	57	58,2
TOTAL	135	100	98	100

Notre étude ne retrouve que 4 enfants arabes et un portugais. Cela tient à la proportion moindre de cette tranche de population dans notre région.

- La distribution en âge

La répartition est représentée par le tableau n° 4 où les colonnes ont été faites par année. On retrouvera 4 cas de 0 à 3 ans dont 20 cas dans la première année, 62 cas de 3 à 10 ans dont 12 cas de 7 à 8 ans correspondant au début de l'école primaire. Enfin, 24 cas de 10 à 15 ans.

- La gravité

L'étude du chiffre de décès et du nombre de séquelles amène à rectifier l'opinion sur la maladie que l'on pourrait avoir en se référant au tableau des âges.

Si la 1ère colonne, la plus importante, est celle du plus grand nombre de malades, elle montre également le plus grand nombre de décès (5 cas sur 6 (Obs.n° 42, 50, 82, 86, 97) soit 4 % du nombre total des primo-infections.

On notera que le décès du 7ème enfant (Obs.n°117) est malheureusement accidentel lors de la catastrophe du Roc des Fiz.

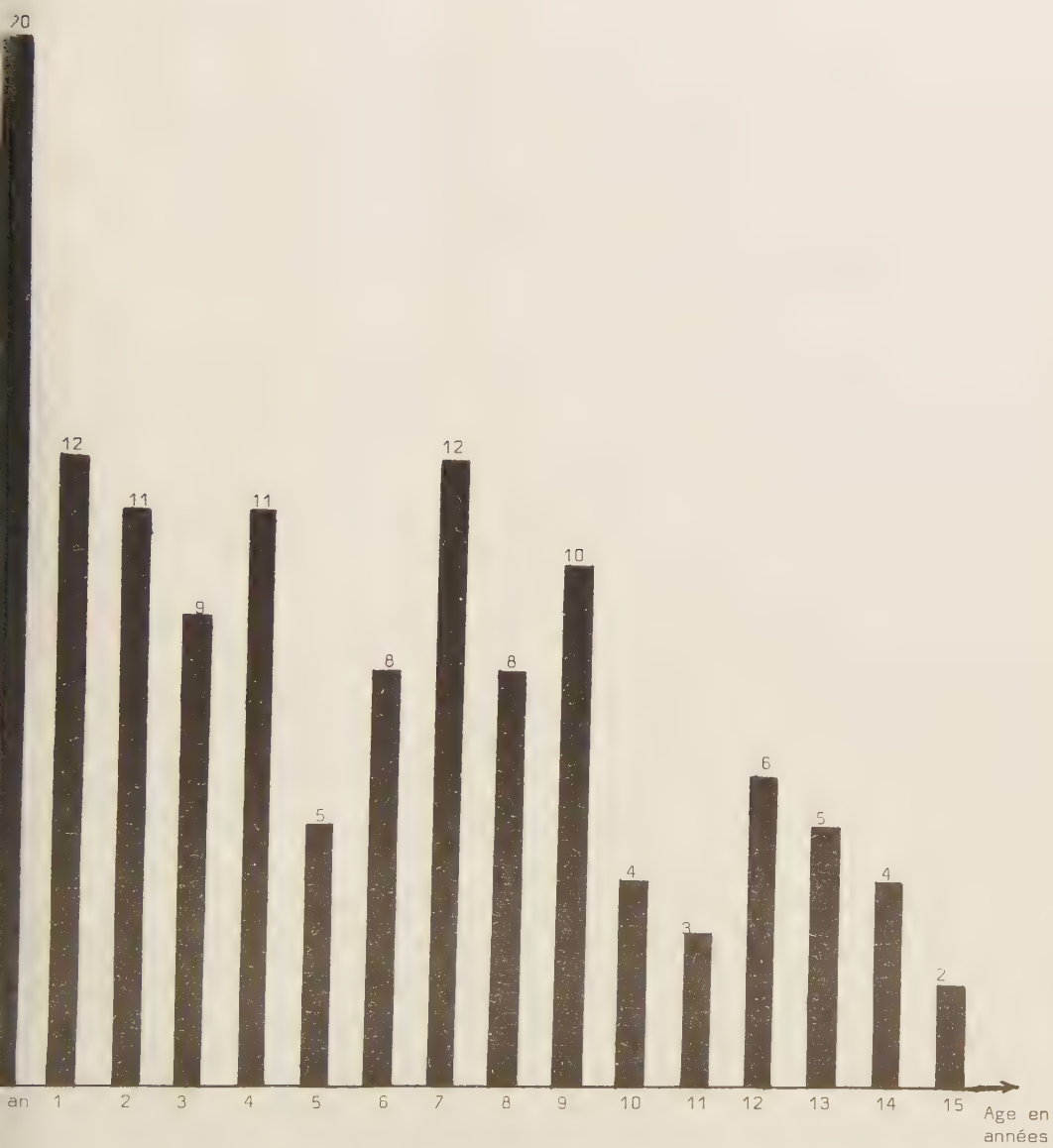
Le second pôle de gravité se situe de 10 à 15 ans malgré le nombre plus réduit des primo-infections : il s'agit là d'enfants en phase prépubertaire ou pubertaire et les risques de séquelles parenchymateuses pulmonaires sont au maximum (une fille de 14 ans 1/2 était d'ailleurs enceinte et nous a obligé à envisager sa grossesse comme facteur pronostic de gravité possible).

- Le contage

Nous nous sommes évidemment attaché à rechercher la source de contamination :

- .. dans 51,5 % des cas aucune notion de contage n'a pu être retrouvée.
- .. dans 48,5 % des cas par contre, le contage a été connu il s'agit presque toujours d'un contage familial : dans 15 % des cas le père, dans 13 % la mère. Dans 7 % des cas, c'est une personne vivant au foyer des enfants (employé à la ferme, maçon travaillant dans la maison, mère de la nourrice). Dans 3 % des cas, on retrouve un contage scolaire. Enfin viennent d'autres personnes souvent plus éloignées du noyau familial (grands-parents, oncle

tableau n° 2



Ceci paraît intéressant car il s'agit là en pratique des divers milieux où vit un enfant (cellule familiale, école, autre foyer que la famille) et les pourcentages nous présentent grossièrement les proportions du temps passé par l'enfant au milieu d'eux.

Dans 2 % des cas, plusieurs tuberculoses "explorent" en même temps dans la famille et il est difficile de déterminer le contaminateur initial.

Cette enquête étiologique a permis, dans 3,8 % des cas, à partir du diagnostic de primo-infection, de remonter au contaminateur non connu antérieurement et de le traiter.

- La contagiosité

Elle a été établie dans 32 % des cas. Dans 22 % des cas, le tubage initial était positif et dans 10 % des cas le B.K. est apparu à un autre examen (culture, inoculation au cobaye).

Dans 1,5 % des cas, le tubage est devenu secondairement positif par fistulisation ganglio-pulmonaire.

Ces chiffres inquiétants et établis d'une façon rigoureuse puisque le tubage a été fait et répété systématiquement, invitent à plusieurs réflexions :

- . évidemment il s'agit souvent de primo-infections graves puisque nécessitant l'hospitalisation et on peut objecter qu'il est difficile de faire un parallèle avec les primo-infections rencontrées en clinique.
- . mais un certain nombre de ces enfants n'avaient pas de tableau clinique inquiétant, peu d'images pulmonaires et néanmoins étaient porteurs de B.K.
- . par ailleurs, la possibilité de constater des adénopathies et des fistules ganglionnaires au cours de l'évolution de toute primo-infection oblige à se montrer très prudent quant à la bénignité pour l'entourage d'un enfant atteint de primo-infection.

- . un dernier point : certains enfants retirés par leurs parents parfois contre avis médical et plongés dans des milieux souvent socialement très défavorables viennent expliquer ensuite certaines autres primo-infections, par exemple en milieu scolaire ou dans certains immeubles.

AU TOTAL : Cette étude rapide d'étio-pathogénie nous amène à penser

 que la primo-infection tuberculeuse diminue dans nos régions, à évoquer l'exacerbation de la gravité **aux deux pôles** de l'enfance et à affirmer la contagiosité possible de certains enfants que malheureusement rien ne distingue spécialement des autres.

B) Les OBSERVATIONS d'ENFANTS AYANT EU le B C G antérieurement
 =====

Il s'agit d'observations intéressantes car elles pourraient justifier une critique de la vaccination anti-tuberculeuse et méritent d'être étudiées de ce fait avec le plus de précisions possibles.

Nous avons 11 cas, soit 8 % des cas. Il convient de préciser :

- l'âge des enfants
- la date de la vaccination B C G et le type suivant le quel elle a été pratiquée.
- Quelle avait été la surveillance des tests tuberculiniques ultérieurs.
- Quelle a été l'intensité du contagement tuberculeux.

Le tableau ci-contre rassemble ces différents éléments : il ne comporte que 6 cas. Les 5 autres vaccinations ont été effectuées en période anteallergique et n'y figurent pas ; il s'agit :

- .. Obs. n° 120 : d'un enfant de 10 ans ayant reçu le B C G en Janvier et qui a présenté 2 mois plus tard un érythème nouveau avec une cuti ++.
- .. Obs. n° 87 : d'un enfant de 3 ans vacciné par le B C G car un oncle présente une tuberculose bilatérale excisée et chez qui, 5 mois plus tard, on note une cuti et des troubles de ventilation à la radio pulmonaire
- .. Dans 3 autres cas d'enfants d'une même famille âgés 7, 11 et 13 ans (Obs. n° 128, 129 et 130) contaminés par un membre de la famille bacillaire et qui 20 jours après le B C G présentaient déjà une cuti-réaction positive.

Naissance	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans
Obs. n° 19	BCG		Timbre +	Timbre + +	Timbre + +		Timbre PLEU- RESIE								
Obs. n° 24		Mère : Tuberc. Bilat. excavée Cuti / +++													
Obs. n° 43		BCG											Cuti +	Père BK + Cuti ++ Grosses- se	
Obs. n° 77								BCG	Cuti +				Cuti +	Contage ? Cuti / + + + CAVERNE	
Obs. n° 122					BCG	Père Tuberc. MENIN- GITE									
Obs. n° 127	BCG				Cuti +										Mono- test + + + ERYTHEME NOUEUX

En ce qui concerne les 6 autres cas où les vaccinations n'ont pas été effectuées pendant la période antéallergique, on voit que :

- d'une façon générale le contrôle de l'allergie tuberculinique après le vaccin a été très mal effectué et nous avons noté même un cas (Obs. n° 43) où le B C G pratiqué à l'âge de 2 ans n'a donné lieu à aucun contrôle de l'allergie tuberculinique, le premier test n'ayant été effectué qu'à l'âge de 13 ans.

- .. dans 4 cas sur 6, l'enfant a été soumis à une contamination massive par des parents bacillaires (dans 1 cas tuberculose bilatérale excavée de la mère hospitalisée dans un état désespéré, dans 2 autres les contamineurs avaient une bacilloscopie positive).

Nous n'avons pu retrouver par quelles voies le B C G avait été effectué, mais nous ne croyons pas que cela ait une importance extrême car sur les 6 cas de primo-infection situant au delà de la période antéallergique, 3 avaient eu une réaction positive certaine longtemps avant l'accident pathologique.

Par contre aucun enfant n'avait présenté de phase certaine de cuti négative et nous ne pouvons pas affirmer que les réactions tuberculiniques s'étaient jamais négativées. Dans la seule obs. n° 19 d'ailleurs, les contrôles avaient été faits régulièrement pendant 3 ans et avaient montré un timbre positif (à condition d'admettre la validité de ces résultats). Dans tous les autres cas comme nous l'avons déjà dit, la surveillance des tests avait été très discrète sinon nulle.

Aussi pouvons-nous tirer les conclusions suivantes en nous excusant de leur insuffisance de rigueur scientifique :

il y a bien eu primo-infection après B C G mais nous ne savons pas la voie d'introduction, nous n'avons eu que peu de contrôles, dans 4 cas sur 11 la vaccination a été faite trop tard en catastrophe, dans 4 autres cas elle était due à un contactage bacillaire massif.

C) Les SIGNES d'INVASION TUBERCULEUSE

=====

Il s'agit là d'une notion tout à fait clinique qui garde toute son importance car dans la plupart des cas l'entourage s'inquiète de l'apparition de l'un quelconque de ces signes.

Nous ne prétendons pas qu'il y ait la moindre originalité à les décrire, mais nous nous sommes intéressé à essayer de retrouver leur fréquence au cours de cette dernière décade.

Les uns frappent d'emblée les parents :

- il s'agit de l'asthénie retrouvée dans 43 cas soit 33 %, elle s'associait à :
 - . une anorexie dans 46 cas soit 35% et avait pour corollaire
 - . un amaigrissement important dans 22 cas soit 17 % des observations.
- Deux autres signes bien classiques sont :
 - . les sueurs profuses : 14 cas soit 10 % et
 - . les troubles du caractère avec parfois baisse du rendement scolaire, agressivité ou somnolence : 17 cas soit 13 %.

L'un quelconque de ces signes pouvait amener à consulter et à pratiquer un test tuberculinique. On découvrait parallèlement de la fièvre dans 82 cas soit 63 %, mais il faut aussi remarquer que dans 37 % des cas, elle était absente ou très récente.

Nous avons fait cette revue sommaire des symptômes classiques d'invasion tuberculeuse, sans tenir compte de la localisation de la primo-infection estimant qu'ils étaient importants puisqu'ils avaient entraîné l'inquiétude

des Parents. D'autres éléments tels que : la toux, les ssements, les signes cutanés, les céphalées ont pu compléter le tableau clinique mais nous ne les retiendrons pas ici. Préférant les rapporter à la description ultérieure des différentes localisations.

Cette valeur des signes généraux est encore valable à notre époque en raison de la proportion des cas revus. Ils permettent de résumer ainsi le diagnostic de primition tuberculose :

signes d'invasion + virage des tests tuberculiniques + tests complémentaires.

D) *ETUDE des CAS de PRIMO-INFECTIONS suivant la LOCALISATION*
 =====

Pour des raisons didactiques, nous avons divisé l'étude des cas cliniques en deux grands chapitres :

- *Les Primo-infections non respiratoires*
- *les Primo-infections respiratoires.*

Ceci ne correspond évidemment pas entièrement au problème diagnostique posé par ces 130 enfants au fur et à mesure de leur découverte.

Il est bien évident que certaines tuberculoses ganglionnaires externes ont fini par donner des complications parenchymateuses pulmonaires par extension aux chaînes médiastinales et que, par ailleurs, certaines primo-infections respiratoires ont pu se compliquer de localisations séreuses, notamment méningées, au cours de leur évolution.

Mais il est traditionnel de diviser les localisations tuberculeuses en respiratoires ou non, et nous nous conformerons à cette tradition.

Enfin plus que la coutume, la disproportion numérique entre les 107 cas de tuberculose respiratoire et les 23 autres, nous amène à considérer que ce plan reste valable.

Nous analyserons donc dans un premier temps les tuberculoses extra-respiratoires avec leur répartition en : ostéoarticulaires, adénites et méningites, et en un second temps, les cas de primo-infection à localisation respiratoire initiale.

Nous étudierons dans un chapitre particulier les septicémies tuberculeuses, apanage du nourrisson qui multiplie les localisations ainsi que les tuberculoses de l'adolescent qui préfigurent les formes de l'adulte.

(1°) TUBERCULOSES EXTRA - RESPIRATOIRES

a/ Les tuberculoses ostéo articulaires :

Nous en avons retrouvé 3 cas en 10 ans (dans 2 cas il s'agit d'un mal de Pott et dans 1 cas d'une tuberculose articulaire des membres) ce qui représente 2,3 % de la totalité de nos malades et nous en rappellerons tout d'abord brièvement les observations.

Obs. n° 29 : ZAL. ... *Pedrito*

.....

Enfant de 1 an 1/2 qui présentait depuis 2 ou 3 mois des épisodes fébriles avec asthénie, anorexie, un caractère grognon. C'est l'apparition d'une tuméfaction dorsale très douloureuse qui le fait hospitaliser.

La cuti est phlycténulaire, l'état général est conservé, il n'y a pas de signes neurologiques.

La radio pulmonaire montre une volumineuse opacité para hilaire gauche et surtout la radio du rachis va révéler :

- un aspect aplati de D7
- une déformation en coin de D6 et D8
- des interlignes détruits.

L'enfant est immobilisé dans une coquille plâtrée et le traitement antituberculeux est mis en route, mais déjà on note des réflexes vifs aux membres inférieurs avec une ébauche de clonus du pied à droite et un Babinski gauche.

Obs. n° 71 : SMA ... *Taous*

.....

Il s'agit d'un enfant de 4 ans 1/2, hospitalisé en 1961 à ORLEANSVILLE pour un épisode fébrile. Il arrive en FRANCE en 1962 et ce n'est qu'en 1964 qu'une assistante sociale va remarquer la gibbosité et provoquera une consultation médicale.

A son entrée dans le Service, l'état général n'est pas très altéré, monetest + + + . On est frappé par la gibbosité et la radio du rachis montre effectivement :

- une disparition de L3
- une déformation en coin de L2 et L4.

La palpation de la fosse iliaque gauche révèle une masse fluctuante qui n'est autre qu'un abcès du p. gauche d'où il sera retiré 500 ml de pus (la réaction du B K sera négative).

L'évolution sera relativement favorable après séjour de 2 ans en sanatorium.

Obs. n° 2 : DAS ... *Brigitte*, âgée de 21 mois nous est adressée pour un syndrome polyarticulaire ayant débuté 7 mois avant et évoquant une Maladie de Still.

A son entrée l'aspect est souffreteux, la cuisse gauche fléchie sur le bassin, les genoux douloureux, le coude droit augmenté de volume, il existe une tuméfaction de la face dorsale des 2 mains.

A la radio pulmonaire, on note une dissémination dans les deux champs, la cuti est très positive. C'est un prélèvement biopsique de la synoviale qui montrera l'étiologie bacillaire et la suite de l'évolution sera marquée par de gros problèmes orthopédiques.

EN RESUME : Dans les deux premières observations avec :

-
- les signes cliniques : gibbosité dorsale ou lombaire, abcès froid, troubles neurologiques,
 - et para-cliniques : réactions tuberculiniques positives, destructions vertébrales

le diagnostic paraissait évident : c'était le tableau classique (destruction osseuse, abcès froid) du mal de Pott.

Par contre, dans l'observation relative à la tuberculose articulaire des membres, le tableau clinique a fait errer le diagnostic plusieurs mois, car il était plutôt en faveur d'une Maladie de Still et seule l'anatomo-pathologie a tranché en faveur de la tuberculose.

b/ Les adénites tuberculeuses

Nous en avons retrouvées 5 cas, soit 3,8 % et d'après la localisation, on peut distinguer :

. Les ADENITES CERVICALES : 2 cas

Obs. n° 16 : *FAU ... Claude, enfant de 13 ans* ayant présenté
..... en décembre 1960 une adénite sous-angulo-maxil-
laire non étiquetée (incision et traitement anti-
biotique). En février 1961 récédive. Une cuti prati-
quée à ce moment est très positive. A l'entrée dans
le Service, l'état général est bon mais l'adénite
sous-angulo-maxillaire en voie de fistulisation. (On
ne retrouve pas de BK dans le liquide de ponction).
Par contre on retrouve des bacilles dans le liquide
de tubage gastrique, malgré une radio pulmonaire
normale. Pas de notion de contag.

Obs. n° 126 : *HEL ... Fatima, 6 ans*, entre pour des adénopa-
..... thies cervicales et sous-maxillaires. Etat gé-
néral médiocre avec poussées fébriles, asthénie,
amaigrissement. Le monotest est négatif ainsi qu'
une intra-dermo à 10 unités et c'est la biopsie
exérèse d'un ganglion cervical montrant des lésions
caséo-folliculaires qui prouvera l'étiologie bacil-
laire.

. Les ADENITES AXILLAIRES : 2 cas

Obs. n° 70 : *CHA ... Jean-Yves, 13 ans*, hospitalisé pour une
..... adénopathie du creux axillaire apparue après une
chute de vélo dans un chemin où passaient des bêtes
tuberculeuses et où il s'était blessé à la main.
Alors que les tests tuberculiques antérieurs étaient
négatifs, la cuti-réaction pratiquée dans le Service
est phlycténulaire. Bilan clinique et para-clinique
négatif par ailleurs, mais la ponction du ganglion
axillaire permet de retrouver des B K à l'examen di-
rect.

Obs. n° 84 : *PEL ... Gisèle, enfant de 10 ans*, présentant une
..... adénopathie axillaire gauche depuis un mois avec
discrète altération de l'état général.
La cuti-réaction pratiquée l'année précédente
était négative, lors de l'hospitalisation elle est

phlycténulaire. Il n'est pas possible de mettre en évidence le BK dans le liquide de ponction du ganglion. Au cours de l'évolution, on assistera un mois plus tard à la fistulisation de l'adénite. Après un séjour de 3 mois en sanatorium, l'évolution ultérieure sera bonne.

- La dernière observation est celle d'un petit tunisien présentant à la fois des adénopathies cervicales, axillaires et médiastinales.

O.L.C. n° 115 : MSA ... Azédine

..... Enfant âgé de 9 ans 1/2 adressé dans le Service de Pédiatrie en Juillet 1969, pour des adénopathies cervicales, axillaires Droites. Le contrôle de l'allergie tuberculinique montrait une cuti phlycténulaire et la radiographie pulmonaire révélait une très importante masse paratrachéale droite associée à une adénopathie cervicale droite. La biopsie d'un ganglion cervical montrait qu'il s'agissait d'une tuberculose caséeuse.

Mis sous traitement antituberculeux, il était envoyé en sanatorium où une bronchoscopie pratiquée en septembre 1969 montrait une compression extrême de la bronche droite. Le même mois se forma un abcès froid thoracique qui était évacué chirurgicalement.

En Décembre 1969, augmentation de volume de l'adénopathie paratrachéale droite qui se fistulisa dans le poumon en Janvier 1970, ensemençant tout le sommet droit.

En avril 1970, il rentre dans le Service de Pédiatrie du sanatorium où il était précédemment : l'importance de l'adénopathie latéro-trachéale droite, une grosse ganglionnaire de la chaîne jugulaire droite, l'altération de l'état général avec fièvre persistante et plusieurs vomiques font envisager une intervention chirurgicale.

Celle-ci est pratiquée en Juin 1970 dans le Service du Pr GERBEAUX et le compte-rendu opératoire que nous reproduisons ci-dessous, donne la mesure de l'importance de cette intervention :

- Lobectomie supérieure droite
- La révision du thorax montre de multiples abcès caséeux :
 - .a) le long de l'oesophage plusieurs adénopathies volumineuses caséeuses.
 - .b) dans le diaphragme cervico-thoracique des abcès à contenu caséeux liquide.

- .c) en avant formation pseudo-tumorale qui n'est autre qu'un foyer caséux à contenu pâteux : ablation.
- .d) plusieurs adénopathies caséuses sont extirpées le long de la chaîne mammaire interne.
- .e) dans la paroi du diaphragme lui-même, un abcès froid intra-musculaire est ouvert : son extirpation nécessite l'ouverture du péritoine.

Il sort du Service en Septembre 1970 sous traitement antituberculeux intensif et en Octobre nouvelle poussée ganglionnaire cervicale et axillaire droite. Ce n'est qu'au début de 1971 que l'on assistera à une diminution des adénopathies superficielles.

EN RESUME :

Assez souvent le diagnostic d'adénite tuberculeuse est facile grâce à la notion de virage de cuti, à la petite atteinte de l'état général, à l'évolution subaiguë clinique parfois associée à des signes de localisation médiastinale.

Mais parfois le diagnostic est difficile :

- soit adénopathie isolée cliniquement et sans notion de test tuberculinique antérieur négatif.
- soit adénopathie paraissant consécutive à une plaie (Obs. n° 70)
- soit adénopathie simulant une autre maladie ou chez un enfant présentant fréquemment des poussées ganglionnaires cervicales secondaires à des infections rhino-pharyngées.

C'est alors, plus que les tests tuberculiniques, l'examen du pus ou du ganglion tout entier qui fera le diagnostic.

c/ Les méningites tuberculeuses

représentent 9 cas soit 6,9 % de la totalité de nos malades (Obs. n° 6, 41, 42, 69, 92, 93, 94, 95, 122).

Si les signes d'invasion tuberculeuse manquent rarement :

- la fièvre : constamment retrouvée, le plus souvent modérée entre 38° et 38°5, dans 2 cas seulement, elle atteignait 40°.
- l'anorexie : 6 cas
- l'asthénie : 5 cas

c'est là que prennent toute leur importance :

... les vomissements retrouvés 8 fois sur 9

... les céphalées : 1 fois sur 2.

... les troubles du caractère : nervosisme, somnolence, enfant grognon,

associés le plus souvent à une baisse du rendement scolaire, sont retrouvés dans 5 cas.

Dans un seul cas enfin, le début a été marqué par une crise convulsive (Obs. n° 42).

En ce qui concerne le bilan paraclinique :

- la V.S. a toujours été en dessous de 15 à la 1ère heure
- le F.O. n'a pas mis en évidence de tubercules de chut, mais on note un cas de névrite optique (Obs. n° 41) chez un enfant de 13 ans présentant par ailleurs une miliaire avec adénopathies hilaires volumineuses.
- La ponction lombaire a presque toujours mis en évidence un liquide clair et hypertendu avec une hypercytose ne dépassant pas 500 éléments/mm³ constituée presque exclusivement de lymphocytes (100% dans 2 cas).

Dans 1 cas seulement (Obs. n° 42) la première ponction était celle d'une méningite purulente mais la 2ème effectuée quelques jours plus tard était

celle d'une méningite à liquide clair.

Dans l'ensemble, on retrouve les modifications cliniques bien connues des méningites tuberculeuses avec des chiffres extrêmes :

- . pour l'albuminorachie : 1 fois 8 g (Obs. n° 42)
et 1 fois 2 g (Obs. n° 94)
 - . pour la glycorachie : 1 fois on ne retrouve le sucre qu'à l'état de traces (Obs. n° 42)
 - . pour la chlorurachie : 1 fois des chlorures à 5.40g (Obs. n° 6)
- L'inoculation au cobaye du liquide céphalo-rachidien s'est révélée positive dans 2 cas (Obs. n° 6 et 92) et la culture sur Löwenstein dans un seul (Obs. n° 95).
- Trois fois on a mis en évidence des B K à l'examen direct. (Obs. n° 41, 42, et 94).
- La radio pulmonaire a montré que la méningite était associée
- . dans un cas (Obs. n° 93) à une opacité pulmonaire droite sans qu'on puisse préciser s'il s'agissait d'un trouble de ventilation ou d'une localisation pulmonaire.
 - . à une lobite supérieure droite (Obs. n° 92)
 - . à une miliaire avec volumineuses adénopathies hilaires (Obs. n° 41)
 - . à des opacités parenchymateuses inhomogènes (Obs.n° 95)

EN RESUME : Les différents éléments cliniques (altération de l'état général, fièvre, modifications du caractère) et paracliniques (mise en évidence de l'allergie tuberculinique, modifications du liquide céphalo-rachidien avec parfois mise en évidence du B K) traduisent la localisation méningée de la primo-infection tuberculeuse et il s'agit d'une localisation grave puisque dans 2 cas sur 8, c'est-à-dire dans $\frac{1}{4}$ des cas, elle s'est terminée par la mort.

(2°) TUBERCULOSES RESPIRATOIRES

Les signes cliniques :

Si, dans un certain nombre de cas (19 cas sur 107 dans notre étude, soit 17 % des cas) l'apparition de l'agitation tuberculinique ne se traduit par aucune manifestation clinique, que, dans 83 % des cas, au contraire, elle se manifeste par une symptomatologie plus ou moins bruyante :

- La fièvre retrouvée dans 67 cas des formes respiratoires primo-infection soit 62 % :
 - souvent simple fébricule qui finit par inquiéter les parents par sa persistance,
 - parfois plus élevée à 39°-40° pouvant être en
 - . en plateau (nous avons un cas de typho-bacillose : Obs. n° 28)
 - . oscillante
 - . ou désarticulée
 - rarement isolée.
- La toux qui prend ici toute son importance existe presque toujours, 100 fois sur deux (46 cas sur 107 soit 43 %) mais n'a pas suffisamment l'entourage pour motiver une consultation médicale et ce n'est qu'après l'apparition d'autres signes cliniques, qui eux, auront provoqué la venue du médecin ou parfois même l'hospitalisation. La fréquence de ce symptôme, et donc son importance, sont retrouvés par l'interrogatoire.
- L'asthénie, le plus souvent modérée, est retrouvée dans 31 cas soit 31 % de nos malades.
- L'anorexie est fréquente (39 cas soit 36 %)
- L'amaigrissement, presque toujours lié à l'anorexie, est retrouvé chez 18 enfants (16 % des cas).

- Les sueurs sont assez fréquentes : 13 % soit chez 14 de nos malades
- Les troubles du caractère (irritabilité, agressivité, somnolence) associés à la baisse du rendement scolaire chez les enfants en âge de scolarité, ont été retrouvés 11 fois, soit dans 10 % des cas.
- Les manifestations cutanées sont surtout représentées par l'érythème noueux (10 cas, soit 9,3 %) avec sa symptomatologie classique d'éruption nodulaire précédée de fièvre, siégeant de préférence aux membres inférieurs et c'est justement cette période prééruptive fébrile qui a fait que dans 4 cas, l'érythème noueux est apparu au cours de l'hospitalisation.
Dans un seul cas, on a observé un purpura généralisé.

En conclusion : Ces formes respiratoires de primo-infection sont
----- souvent révélées par des signes d'invasion tuberculeuse que nous avons déjà décrits et auxquels nous adjoignons la toux et les signes cutanés plus évocateurs que les localisations respiratoires habituelles.

Néanmoins, nous ne pouvons qu'insister sur l'importance du virage des tests tuberculiniques qui marque bien la frontière chronologique entre la période qui précède où l'on suspecte la tuberculose, et la période qui suit où l'on essaie de faire le bilan de l'atteinte.

Le bilan paraclinique

Un élément fondamental de ce bilan est l'apparition de l'allergie tuberculinique et nous avons dans le chapitre traitant cette question, la difficulté à une primo-infection tuberculeuse après un B K jamais contrôlé.

Parmi les examens complémentaires pratiqués dans notre série :

- la vitesse de sédimentation n'apporte pas beaucoup d'éléments, il ne faut la retenir que si son résultat est élevé et elle ne permet en aucun cas de donner un pronostic tout au moins au début. Elle a été trouvée supérieure à 30 à la 1ère heure dans 45 % des cas, mais elle a parfois été inférieure (on a notamment relevé (à la 1ère heure) :
 - . 16 avec une miliaire
 - . 7 avec un infiltrat juxta-hilaire dû à d'importants troubles de la ventilation (obs. n° 38)
 - . 17 avec un tubage positif à l'inoculation (Obs. n° 54)
 - . 22 avec un B K à l'examen direct dans les crachats (Obs. n° 61)

Il ne faut donc pas être systématiquement alarmé devant une vitesse de sédimentation sub-normale.

- le tubage gastrique a été pratiqué chez 74 malades et dans 23 % des cas il s'est révélé positif à l'examen direct.

Chez 36 enfants on a fait une inoculation cutanée et une culture et on a trouvé :

- . 8 fois une inoculation positive
- . 5 fois une culture positive

Chez 3 enfants on a mis des B K en évidence à l'examen direct dans les crachats (Obs. n° 20, 61 et 63)

- Le fond d'oeil a montré dans un cas seulement des tubercules de Bouchut chez une enfant de 4 ans 1/2 qui présentait une miliaire pulmonaire (Obs. n° 25).
- le bilan radiologique initial a montré que :
 - . la radio pulmonaire était normale dans 33 cas soit 30 % des cas.
les clichés se modifiant ensuite au cours de l'évolution.
 - . Les adénopathies existent dans 39 cas soit 36,4% et si, dans la plupart des cas elles sont isolées (29 cas soit 27 %), 10 fois elles étaient associées à des troubles de la ventilation (il s'agit bien entendu de troubles ventilatoires précoces, nous n'avons pas tenu compte de ceux apparus au cours de l'évolution en placement sanatorial par exemple).
 - . Les troubles de ventilation isolés ont été retrouvés assez rarement : 4 cas soit 3,7 %.
 - . Les pleurésies sont retrouvées dans un pourcentage non négligeable puisque sur nos 107 malades nous avons noté 11 pleurésies soit 10 % de l'ensemble des cas :
 - ... 10 fois elles étaient isolées
 - ... 1 fois la pleurésie était associée à une adénopathie médiastinale
 - . Parmi les autres images on trouve :
 - ... 6 miliaires soit 5,6 %
 - ... 5 infiltrats soit 4,6 %
 - ... 2 cavernes soit 1,8 %
 - ... et dans 7 cas (6,5%) des opacités non systématisées sans qu'on puisse dire s'il s'agit de troubles de la ventilation ou d'une localisation parenchymateuse.

Cette analyse des différents aspects radiologiques fait ressortir le pourcentage important des cas où la radio était normale et ce malgré :

- 4 fois des B K retrouvés à l'examen direct dans le liquide de tubage gastrique (Obs. n° 51, 52, 53, 111)
- 1 fois c'est la culture qui était positive. (Obs. n° 125)
- La bronchoscopie a été pratiquée 4 fois et si une fois elle a été normale :

Obs. n° 81 : *CHA. ... Stéphane, enfant de 6 mois*, contaminé par la mère qui présentait une tuberculose excavée et qui avait été adressé pour des troubles respiratoires. Recherche de B K négative.

La radio pulmonaire ayant montré un foyer du sommet gauche associé à des troubles ventilatoires, un examen endoscopique a été pratiqué qui n'a pas mis en évidence de signes de compression.

Les trois autres fois par contre, cet examen a donné un résultat positif :

Obs. n° 83 : *POI. ... Pascale, 7 ans*, fébrile et amaigrie chez qui on a retrouvé des B K à l'examen direct dans le liquide de tubage gastrique et qui, à la radio pulmonaire présentait une condensation de tout le lobe inférieur droit, associé à une adénopathie médiastinale.

La bronchoscopie a montré :

- .. une compression extrinsèque au niveau de la division trachéale vraisemblablement par un ganglion inter-trachéal ,
- .. une compression de la face externe de la bronche droite par un ganglion (ce qui expliquait les troubles de ventilation.

Obs. n° 91 : *BÔU. ... Dominique, 4 ans 1/2*, contaminé par le père tuberculeux, connu et traité à domicile, entre pour fièvre et troubles du caractère. Cuti + + +.

Rares B K à l'examen direct dans le liquide de tubage gastrique et, à la radio pulmonaire, volumineuse adénopathie hilairale droite. A l'endoscopie signes de compression trachéo-bronchique et 2 mois

plus tard, des troubles de ventilation apparaissent au sommet droit.

Obs.n° 114 : DEL. ... Odile , 8 ans $1/2$, hospitalisée pour altération de l'état général ; tubage négatif à l'examen direct (mais la culture se révélera plus tard positive) et dont la radio montrait une lobite supérieure droite excavée. A la bronchoscopie : sténose discrète de la lobaire supérieure droite avec un petit bouchon caséeux situé sur la paroi inférieure.

EN RESUME : on voit que :

- dans les 3 cas où la radio pulmonaire montrait des troubles d'hypoventilation ,
 - . la bronchoscopie a montré des signes de compression dans 2 cas
 - . dans l'autre cas, l'endoscopie était normale.
- dans le cas où la radio ne montrait qu'une adénopathie ou découvrait cependant une compression extrinsèque.
- en aucun cas, on n'a pu mettre en évidence de fistule, mais une lésion distale échappe au bronchoscopiste.

On ne peut donc qu'insister sur la nécessité de cet examen maintenant facile et sans danger dans tous les cas où il existe une opacité systématisée et même s'il n'existe qu'une adénopathie car il pourra peut-être, en montrant des signes précoces de compression bronchique, permettre de commencer un traitement corticoïde avant l'apparition radiologique des signes d'hypoventilation.

EN CONCLUSION : Ce bilan paraclinique est donc dominé :

=====

... par l'évaluation de l'évolutivité qui reste difficile car on a vu les limites pronostiques de la V.S.

... par la recherche bactériologique du B K qui reste essentielle pour des raisons de sécurité de l'entourage, pour des raisons

thérapeutiques proprement dites (antibiogramme, typage évolutif du B K.)

... par le bilan radiologique qui garde toute son importance au cours de l'évolution entière.

... par le bilan endoscopique qui mérite d'être probablement plus développé.

D'autres examens peuvent être nécessaires et nous pensons au F.O. et à la P.L., aux radios osseuses, etc ..., leur indication sera posée en fonction de l'évolution ou du tableau clinique initial.

Ainsi l'étude clinique et paraclinique des primo-infections dites respiratoires peut nous amener à distinguer plusieurs formes :

- tout d'abord des primo-infections ayant comme seul argument le virage incontestable des tests tuberculiniques, mais sans aucun signe clinique et avec un bilan paraclinique négatif, notamment radiologique. On pourra nous reprocher de les avoir classées dans les formes respiratoires, mais nous n'avons pu prouver aucune localisation extra-respiratoire (ganglionnaire externe, articulations, etc ...). En pratique la surveillance portera essentiellement sur l'arbre respiratoire grâce à des examens radiologiques répétés. Ne connaissant pas l'évolution de la plupart des cas, nous ne pouvons pas affirmer que certains n'ont pas présenté, au cours des mois suivants, une adénopathie hilairale ou des troubles de ventilation. On trouvera ces différents cas dans les tableaux récapitulatifs avec la mention " .. sans localisation connue .." plutôt que "...forme respiratoire...".
- en second lieu, les primo-infections découvertes parce qu'il existe des signes cliniques qui ont amené à vérifier les tests tuberculiniques, mais chez qui le bilan paraclinique initial était négatif. Ce sont trop souvent celles-ci qui, du seul fait d'une radio normale, ont été étiquetées bénignes et peuvent souvent être mal soignées. La prudence veut évidemment

qu'une répétition régulière des bilans biologiques **et** radiologiques fasse la preuve qu'aucune aggravation ne surviendra.

- enfin, tout le groupe des primo-infections associant une invasion tuberculeuse incontestable, un virage des tests tuberculiniques et un bilan paraclinique positif, constitue le groupe traditionnel des "primo-infections maladies".

Evidemment, tous les degrés de gravité peuvent s'y rencontrer et nous en extrairons d'ailleurs les deux groupes du nourrisson et de l'**a**doléscent pour montrer l'importance du facteur âge.

Il ne nous appartient pas de juger si les trois groupes doivent être confondus dans une même maladie ou si seulement le 2ème et le 3ème doivent être justiciables de traitement.

Néanmoins, nous plaçant sous le seul angle du tableau initial, nous pouvons affirmer que rien ne permet de préjuger si l'évolution ultérieure confirmera le tableau du début.

E) FORMES CLINIQUES

Les TUBERCULOSES du NOUVEAU-NE et du NOURRISSON

Les primo-infections du nouveau-né et du nourrisson prennent souvent l'aspect de véritables septicémies comme les observations des 6 cas rencontrés pendant ces dix dernières années vont le montrer.

Obs. n° 47 : HEM ... *Thierry, enfant de 7 mois*, issu d'une famille de nomades, hospitalisé pour une tuméfaction latéro-cervicale gauche. La fièvre est à 40° et il existe des signes pulmonaires évoquant un syndrome de compression médiastinale. La cuti est négative, la radio pulmonaire normale, mais on retrouve des B K dans le liquide de tubage gastrique et par ponction du ganglion cervical (à l'examen direct) dans les urines (culture).

Quatre mois plus tard, l'adénopathie se fistulise, la cuti devient positive et l'évolution ultérieure sera associée à un important retard psychomoteur.

Obs. n° 50 : COU. ... *Annette, 7 mois*, contaminée par un mycobactérieux, travaillant dans la maison familiale et qui présente à son entrée des signes respiratoires de bronchite et une hypotrophie.

La cuti est négative. A la radio pulmonaire, il existe une miliaire. La ponction lombaire ramène un liquide présentant des caractères d'une méningite tuberculeuse (mais on ne peut y mettre en évidence le B K.)

Très rapidement des convulsions apparaissent, puis un coma s'installe et la mort survient 15 jours après son hospitalisation.

Obs. n° 82 : SEI. ... *Christophe, âgé de 2 mois*, adressé pour pleurésie purulente présentait une dyspnée avec fréquentes apnées et des râles bulleux dans les deux champs. La ponction pleurale permet de retrouver

de nombreux B K à l'examen direct et la mort survient 4 jours après son entrée dans le Service.

La vérification anatomique montre de multiples lésions tuberculeuses disséminées : pulmonaires, ganglionnaires, hépatiques, spléniques et rénales.

Obs. n° 86 : LES. ... *Rémi, 3 mois*, contaminé par une grand-
: mère (B K dans les crachats) un mois avant l'hospi-
..... talisation. A l'entrée, hypotrophie et cuti posi-
tive (elle était négative un mois avant). A la radio
pulmonaire, il existe une miliaire et la ponction lom-
baire montre une hypercytose avec 95 % de lymphocytes.
Décès 2 mois plus tard, dans un tableau d'insuffisance
cardiaque.

Obs. n° 97 : GIL. ... *Franck, 5 semaines, prématuré de 8 mois ;*
..... : élevé 4 semaines dans le département des Prématu-
rés du Service où rien ne permettait d'évoquer
une tuberculose, car la courbe de poids était normale,
il n'y avait pas de troubles digestifs, l'examen de dé-
part avait été négatif.

Quelques jours après la sortie, l'apparition de vomissements amène à réhospitaliser l'enfant. A l'entrée, l'état du bébé est transformé. Aux vomissements s'associent : la toux et des signes évocateurs d'insuffisance respiratoire. La radio pulmonaire montre des nodules confluent dans les deux champs. Le tubage est positif à l'examen direct. En quelques jours, les troubles respiratoires, s'aggravant, des apnées apparaissent, l'enfant se cyanose, puis meurt.

A l'anatomo-pathologie, on met en évidence de nombreuses lésions :

- pulmonaires : tuberculose bilatérale caséo-folliculaire très évolutive réalisant un aspect de véritable broncho-pneumonie tuberculeuse diffuse.
- hépatiques, spléniques, rénales, surrénaliennes.

L'existence d'un tel cas paraît troublante pour tout aussi bien évoquer une contamination de crèche qu'une tuberculose congénitale puisque l'enfant avait été enlevé à sa mère aussitôt après la naissance pour être mis en incubateur.

L'état de la mère paraissait particulièrement floride ainsi que celui des autres membres de la famille.

Seule la découverte systématique à la biopsie de lésions incontestables d'endométrite tuberculeuse a permis de

prouver la responsabilité de la mère et de classer ce cas dans les tuberculoses congénitales.

Obs. n°100 : BOU. ... *Nathalie, âgée de 3 mois, prématurée de 7 mois*, ayant présenté à la naissance une hémorragie méningée et dont la mère était atteinte d'une tuberculose pulmonaire (miliaire) et génitale (endométrite) dépistées 1 mois après la naissance.

A l'entrée dans le Service, Cuti +, radio pulmonaire normale, mais les cultures de liquide de tubage gastrique sont positives.

A la P.L. : liquide hypertendu avec hyperalbuminorachie, hypo glyco et chlorurorachie.

L'évolution ultérieure sera marquée par un gros retard psycho-moteur (mais il y avait eu hémorragie méningée à la naissance).

EN RESUME : Il y a lieu de classer ces différents cas dans un même cadre en raison du très mauvais pronostic puisque 4 cas sur 6 ont été mortels ; et on peut dire ainsi qu'une primo-infection survenant chez un enfant de moins de un an, a fortiori si elle prend une allure multiviscérale, est d'emblée gravissime.

Nous distinguerons néanmoins les cas de tuberculoses congénitales où la contamination est anté ou néo-natale et où il existe un intervalle libre de plusieurs semaines parfaitement muet cliniquement et permettant une croissance absolument normale (Obs.n°9

Ces cas paraissent très intéressants, car il est incontestable que seule une thérapeutique instaurée dès la naissance pourrait permettre d'éviter une telle explosion de tuberculose dès lors qu'une endométrite tuberculeuse est dépistée chez la mère.

Les PRIMO - INFECTIONS de l' ADOLESCENCE

=====

Ce chapitre spécial permet d'isoler un certain nombre d'observations remarquables pour plusieurs raisons :

- tout d'abord le nombre de cas : 24 cas (soit 18,5%)
chez les enfants de 10 à 15 ans.
- ensuite, le type de tuberculose :
 - . peu de cas sans localisation connue : 3 seulement
 - . par contre 4 pleurésies séro-fibrineuses
 - . et surtout des atteintes parenchymateuses avec :
 - .. obs. n° 97 : caverne de la moitié supérieure du poumon droit laissant des séquelles définitives.
 - .. obs. n° 14 : opacité parenchymateuse + érythème nouveau
 - .. Obs. n° 41 : miliaire + méningite
 - .. Obs. n° 61 : laryngite tuberculeuse évoluant vers un infiltrat du sommet.
- donc, dans cette tranche d'âge, accumulation de cas paraissant particulièrement évolutifs et redoutables.

On notera par ailleurs :

- la plus grande fréquence des érythèmes nouveaux (Obs. n° 14, 22, 44, 120, 127) soit la moitié de nos cas
- l'existence d'une typhobacillose (Obs. n° 28).

Aussi sans pour autant vouloir détailler plus complètement ces séries d'observations qui individuellement bien sûr ne présentent aucun caractère clinique particulier, insisterons-

nous sur :

- x la possibilité de séquelles parenchymateuses définitives
- x la possibilité d'une évolution plus rapide car la coexistence d'atteinte séreuse ou parenchymateuse au cours d'une primo-infection fait penser que la tuberculose brûle les étapes.

Enfin, nous isolerons l'observation n° 43 qui est celle d'une fille pubère de 14 ans qui présentait bien une primo-infection classique mais chez qui l'existence d'un D B G positif pratiqué devant un retard de règles de 2 mois, a obligé à un traitement important par crainte de voir s'associer les facteurs de gravité (adolescence et grossesse).

Obs.	Age	Manifestation clinique ou radiologique
N° 14	14 ans 1/2	Erythème noueux + parenchyme
n° 15	14 ans	Sans localisation
n° 16	13 ans	Adénite
n° 22	12 ans 1/2	Erythème noueux + ganglio-pulmonaire
n° 28	12 ans	Typhobacillose
n° 31	13 ans	Pleurésie
n° 41	12 ans 1/2	Miliaire + méningite
n° 43	14 ans 1/2	D B C +
n° 44	14 ans	Erythème noueux
n° 45	13 ans	Ganglio-pulmonaire
n° 48	12 ans 1/2	Pleurésie
n° 61	11 ans 1/2	Laryngite tuberculeuse + infiltrat
n° 62	10 ans 1/2	Ganglio-pulmonaire
n° 63	12 ans 1/2	Pleurésie
n° 70	13 ans	Adénite
n° 77	13 ans 1/2	Caverne
n° 84	10 ans	Adénite
n° 110	15 ans	Pleurésie
n° 113	11 ans 1/2	Infiltrat
n° 120	10 ans	Erythème noueux
n° 123	10 ans	Virage
n° 127	15 ans	Erythème noueux
n° 128	13 ans	Virage
n° 129	11 ans	Virage

F) Le DEVENIR CONNU de ces MALADES

=====

Le T R A I T E M E N T

Nous ne ferons que l'évoquer et sous deux aspects seulement :

- la chimiothérapie
- et le problème du placement

Ce sont en pratique les deux questions qui se posent.

Quels sont les médicaments ?

- Des trois drogues principales : RIMIFON - P A S - STREPTO qui s'offraient au début, seul le RIMIFON reste d'utilisation habituelle associé aux nouveaux médicaments : TREVENTIX - ETHIONAMIDE - ETHAMBUTOL et RIFAMPICINE.

- En pratique courante les associations :

- Rimifon - Tréventix
- ou Rimifon - Ethambutol
- ou Rimifon - Rifampicine

semblent les plus fréquentes, offrant néanmoins des possibilités d'adjonction d'un troisième médicament suivant la gravité.

Le P L A C E M E N T

Les problèmes de placement méritent d'être évoqués car s'ils sont souhaitables :

- en raison de la contagion possible du malade
- de la survenue éventuelle de complications secondaires
- de la nécessité possible de traitements spécialisés (endoscopiques par exemple)
- de la garantie qu'ils offrent en ce qui concerne le mode de vie et de la sécurité que le traitement est bien suivi

ils ont par contre l'énorme inconvénient de la désinsertion familiale du malade et de la possibilité de survenue de troubles psychologiques dans lesquels il est parfois difficile de faire la part de la thérapeutique.

Par conséquent une juste évaluation du risque de contamination , des possibilités familiales et de la gravité apparente de la maladie sont des éléments essentiels avec lesquels le praticien doit compter pour adopter la conduite à tenir.

Pour le Pr MANDE " *l'éradication de la tuberculose infantile qui paraissait inaccessible est désormais à notre portée* ". Mais comment y parvenir ? Par trois moyens :

- 1) dépister et traiter la maladie contagieuse
 - 2) empêcher la pénétration du bacille (B C G)
 - 3) empêcher sa multiplication (chimio prophylaxie).
- 1) Le dépistage et le traitement du contaminateur : c'est là un but auquel il faut tendre.
 - 2) La chimio prophylaxie :
 - non pas tellement primaire chez des sujets non contaminés qu'il est très difficile de faire appliquer à des collectivités
 - mais surtout la chimio prophylaxie secondaire avec administration d' I N H aux sujets à réaction tuberculinique positive.
 - 3) Enfin , le B C G : à condition qu'il soit pratiqué de façon correcte, précédé (tout au moins dans nos pays) d'un test tuberculinique. La validité en sera contrôlée deux mois après la vaccination et ensuite tous les ans.

Telles sont les perspectives qui, à l'heure actuelle permettent d'envisager la prévention globale de la tuberculose infantile.

CONCLUSION

130 observations recueillies en 10 ans dans le Service de notre Maître le Professeur DELAITRE ont été pour nous l'occasion d'étudier les caractères actuels de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant.

Cette étude nous a permis de passer en revue les diverses localisations de la maladie, précisées dans la limite d'une statistique assez courte :

- 23 tuberculoses extra-respiratoires
- 107 à localisation respiratoire initiale

forment le cadre de cette revue.

1) Parmi les tuberculoses extra-respiratoires, nous notons :

- a/ 3 tuberculoses osseuses dont 2 Maux de Pott et un syndrome pseudo-rhumatismal
- b/ 5 adénites dont l'une associait des adénopathies superficielles axillaires et cervicales et une masse paratrachéale droite, ultérieurement fistulisée dans le poumon. Il a été nécessaire, pour en venir à bout, de pratiquer une très importante intervention chirurgicale avec lobectomie supérieure droite et curage ganglionnaire d'une ampleur inusitée.
- c/ 9 méningites
- d/ 6 septicémies.

II) Dans les 107 cas de tuberculose à localisation respiratoire, nous nous sommes attaché à rechercher dans quelle proportion on retrouvait les symptômes cliniques classiques : l'élévation de la vitesse de sédimentation, les signes radiologiques; et nous avons souligné l'intérêt de la bronchoscopie sans doute trop négligée.

III) Nous avons insisté sur la primo-infection du nouveau-né et du nourrisson qui posent parfois des problèmes de diagnostic délicat et dont l'évolution a été redoutable dans les observations que nous avons colligées (4 sur 6 ont été mortelles).

IV) Nous avons trouvé dans nos 130 cas : 18,5 % de primo-infection de l'adolescence où nous avons pu noter :

4 pleurésies

4 atteintes parenchymateuses graves
et la fréquence de l'érythème noueux.

V) Nous avons seulement esquissé le problème thérapeutique en rappeler les associations médicamenteuses les plus utilisées, les indications du placement sanatorial, la question posée de l'éradication éventuelle de la tuberculose.

Ce travail, dont nous savons qu'il n'apporte rien d'élément original, nous a permis d'essayer de comprendre la tuberculose infantile telle qu'elle se présente dans l'optique d'un Service de Médecine Générale Infantile.

Ots.	NOM	Année de la P. I.	AGE de la P. I.	Année du P. I.	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentieles	TEST sero- biologique utilisé	RADIO PULMONAIRE	Titre de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N° 1	GRO. ... Béatrice	1960	5 mois		Inconnu	Toux - fièvre - anorexie vomissements	Cuti -	Opacités inhomogènes	Pulmonaire	Favorable
N° 2	DA. ... Brigitte	1960	21 mois		inconnu	Syndrome polyanalitique évoquant une Maladie de Still	Cuti ++	Dissémination micro-tubercu- laire dans les 2 champs	Fibrouses articulaires	Équelles articulaires
N° 3	VOV. ... Catherine	1960	3 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Crise convulsive entraî- nant l'hospitalisation	Timbre +++	Normale	Sans localisa- tion connue	Non connue
N° 4	GAN. ... Monique	1960	7 ans $\frac{1}{2}$		Oncle	Fièvre	Cuti +++	Adénopathie hilaira gau- che	Ganglio-pul- monaire	Favorable
N° 5	HEC. ... Brigitte	1961	9 ans		Scolaire probable	Fébricule - sueurs - as- thénie - amaigrissement	Cuti +++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pul- monaire	Favorable
N° 6	SIG. ... Lucile	1961	3 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Nervosisme - somnolence abattement	Timbre +++		Méningite	Favorable
N° 7	VAL. ... Christiane	1961	2 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Céphalées - micro-poly-adé- nopathies - anorexie - Toux	Cuti +++	Normale	Sans localisa- tion connue	Favorable
N° 8	ROU. ... Martine	1961	7 ans		inconnu	Fièvre - angine - anorexie amaigrissement - érythème nouveux	Cuti +++	Normale	Erythème nouveux	Non connue
N° 9	POI. ... Eric	1961	9 mois		mère	Fièvre - amaigrissement	Cuti +	Miliaire	Pulmonaire	Non connue
N° 10	PER. ... Alain	1961	2 ans $\frac{1}{2}$		Familial (père - sœur)	R. A. S.	Cuti +	Opacités bilaires gauches	Ganglio-pul- monaire	Non connue
N° 11	MAL. ... Chantal	1961	2 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - anorexie - asthé- nie - érythème - vomisse-	Timbre +++	Epanchement pleural gauche	pleurésie + réaction né- gligée	Favorable
N° 12	JOU. ... Sylviane	1961	9 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Altération de l'état géné- ral	Cuti +	Normale	Sans locali- sation connue	Non connue
N° 13	JEM. ... Michelle	1961	9 ans		inconnu	Erythème nouveux - Fièvre	Cuti ++++	Opacités parasthénale droite	Pulmonaire + érythème nouveux	favorable

Obs.	NOM	Année de la F. I.	AGE de la P. I.	Antécé- du B C G.	Contage	SYMPTOMES CLINIQUES essentiels	TEST tu- berculi- nique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N° 14	GIC. ... Guy	1961	14 ans $\frac{1}{2}$		Scolaire	Fièvre - amaigrissement troubles du caractère érythème noueux	Cuti +++	Opacité para-hilaire droite	Pulmonaire + érythème noueux	Favorable
N° 15	GAU. ... Danielle	1961	14 ans		Mère	Arthralgies de la cheville droite. Bon état général	Cuti +++	Normale	Sans localisa- tion connue	Favorable
N° 16	FAU. ... Claude	1961	13 ans		inconnu	Adénite sous-angulo-ma- xillaire - Etat général conservé	Cuti +	Normale	Adénite	Favorable
N° 17	DAU. ... Jean	1961	7 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fébricule - troubles du caractère - point de côté à droite	Cuti ++	Epanchement pleural droit	pleurésie	Favorable
N° 18	BOU. ... Raymonde	1961	6 mois		père	Fièvre - toux	Cuti ++	Normale	Sans localisa- tion connue	Non connue
N° 19	EIC. ... Patrick	1961	7 ans $\frac{1}{2}$	1955	inconnu	Fièvre - anorexie - toux	Cuti +	Epanchement pleural gauche	Pleurésie	Favorable
N° 20	BIG. ... Jackie	1961	5 ans		inconnu	Fièvre - asthénie	Cuti ++++	Adénopathie hilaires droite	Ganglio-pul- monaire	Favorable
N° 21	BEN. ... Christiane	1961	9 ans $\frac{1}{2}$		personne vivant au foyer	Erythème noueux. Mauvais état général.	Cuti ++	Adénopathie biliaire trite	Sans localisa- tion connue	Non connue
N° 22	BEN. ... Josiane	1961	12 ans $\frac{1}{2}$		id.	Fièvre - toux - érythème noux	Timbre +++	Opacité hilaires droites + trouble de ventilation	id.	id.
N° 23	MAU. ... Pierre	1961	6 ans		inconnu	Fièvre - toux - dyspnée adénopathie hilaires droites	Cuti ++	Opacité para hilaires droites	Pulmonaire	Favorable
N° 24	LES. ... Charal	1961	17 mois	à la naissance	Mère	R. A. S.	Cuti+++	Normale	Sans localisa- tion connue	Favorable
N° 25	GAU. ... Marie Odile	1962	4 ans $\frac{1}{2}$		Employé à la ferme	Fièvre - dyspnée - toux	Cuti -	Miliaire	Sans localisa- tion connue	Favorable
N° 26	GRE. ... M. Pierre	1962	5 ans $\frac{1}{2}$		Père	Fièvre - arthralgies	Cuti +++	Normale	Sans localisa- tion connue	Favorable

Obs.	NOM	Année de la P. I.	AGE de la P. I.	Année B C G	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentielles	TEST Tu- berculi- nique utilisé	RAUJ. PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N° 27	CHA. ... Paul	1962	5 ans $\frac{1}{2}$		Père	Fièvre - sueurs - anorexie amaigrissement	Cuti ++++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pul- monaire	Non connue
N° 28	CHA. ... Luc	1962	12 ans		inconnu	Fièvre en plateau à 40°	Cuti ++	Normale	Typho-bacillose	Favorable
N° 29	ZAL. ... Pedrito	1962	1 an $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - -gibbosité	Cuti +++	Volumineuse opacité para hilaira gauche	Mal de Pott	Inconnue
N° 30	RET. ... Philippe	1962	8 mois		Père	R. A. S.		Adénopathie hilaira gauche	Ganglio-pul- monaire	Favorable
N° 31	MON. ... Jacky	1962	13 ans		inconnu	Fébricule - asthénie - ano- rexie-amaigrissement-sueurs	Cuti ++	Epanchement pleural gau- che + adénopathie para- hilaira droite	Pleurésie	Favorable
N° 32	WZJ. ... Alain	1962	2 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Amaigrissement	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite + trouble de ventilation	Ganglio-pul- monaire	Favorable
N° 33	JEM. ... Christian	1962	7 ans		Père	Fièvre élevée - Toux - asthénie	Cuti +++	Adénopathie hilaira droite + troubles de ventilation	Ganglio-pul- monaire	Favorable
N° 34	JEM. ... Chantal	1962	8 ans		Père	R. A. S.	Cuti ++++	Normale	Sans localisa- tion connue	Non connue
N° 35	HUB. ... Michel	1962	1 an $\frac{1}{2}$		inconnu	P. A. S.	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite + troubles de ventilation	Ganglio-pul- monaire	Favorable
N° 36	GUI. ... Nadine	1962	2 ans		Mère	Fébricule - anorexie asthénie - amaigrissement	Timbre +	Normale	Sans localisa- tion connue	Non connue
N° 37	GAN. ... Anita	1962	8 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - douleurs abdomi- nales	Cuti ++++	Adénopathie para-hi- laire droite	Ganglio-pul- monaire	Favorable
N° 38	DES. ... Gilles	1962	10 mois		Père	R. A. C.	Cuti +	Infiltrat para-hilaire droit	Pulmonaire	Non connue
N° 39	BSE. ... Philippe	1962	1 an $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - anorexie - toux	Cuti +	Epanchement pleural gauche	Pleurésie	Favorable

Obs.	NOM	Année de la P. I.	AGE de la P. I.	Année du B C G	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentielles	TEST Tuberculinique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N° 27	CHA. ... Paul	1962	5 ans $\frac{1}{2}$		Père	Fièvre - sueurs - anorexie amaigrissement	Cuti +++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Non connue
N° 28	CHA. ... Luc	1962	12 ans		Inconnu	Fièvre en plateau à 40°	Cuti ++	Normale	Typho-bacillose	Favorable
N° 29	ZAL. ... Pedrito	1962	1 an $\frac{1}{2}$		Inconnu	Fièvre - -gibbosité	Cuti +++	Volumineuse opacité para hilaira gauche	Mal de Pott	Inconnue
N° 30	RET. ... Philippe	1962	8 mois		Père	P. A. S.		Adénopathie hilaira gauche	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 31	MON. ... Jacky	1962	13 ans		Inconnu	Fébricule - asthénie - anorexie-amaigrissement-sueurs	Cuti ++	Epanchement pleural gauche + adénopathie para-hilaira droite	Pleurésie	Favorable
N° 32	MEZ. ... Alain	1962	2 ans $\frac{1}{2}$		Inconnu	Amaigrissement	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite + trouble de ventilation	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 33	JEM. ... Christian	1962	7 ans		Père	Fièvre élevée - Toux - asthénie	Cuti +++	Adénopathie hilaira droite + troubles de ventilation	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 34	JEM. ... Chantal	1962	3 ans		Père	P. A. S.	Cuti +++	Normale	Sans localisation connue	Non connue
N° 35	HUB. ... Michel	1962	4 ans $\frac{1}{2}$		Inconnu	P. A. S.	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite + troubles de ventilation	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 36	GIL. ... Nadine	1962	2 ans		Mère	Fébricule - anorexie asthénie - amaigrissement	Timbre +	Normale	Sans localisation connue	Non connue
N° 37	GAN. ... Anita	1962	8 ans $\frac{1}{2}$		Inconnu	Fièvre - douleurs abdominales	Cuti +++	Adénopathie para-hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 38	DES. ... Gilles	1962	10 mois		Père	R. A. S.	Cuti +	Infiltrat para-hilaira droit	Pulmonaire	Non connue
N° 39	BEL. ... Philippe	1962	1 an $\frac{1}{2}$		Inconnu	Fièvre - anorexie - toux	Cuti +	Epanchement pleural gauche	Pleurésie	Favorable

Obs.	NOM	Année de la P. I.	Age de la P. I.	Année du B C G	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentielles	TEST Tuberculique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N° 40	LUC. ... Yamick	1963	15 mois		inconnu	Fièvre oscillante	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Non connue
N° 41	LIV. ... Bernard	1963	12 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - asthénie - amaigrissement - photophobie	Cuti +	Miliaire	Pulmonaire + méningite	Favorable
N° 42	HOU. ... Françoise	1963	3 mois		Inconnu	Fièvre - convulsions			Méningite	Décès
N° 43	MOS. ... Nicole	1963	14 ans $\frac{1}{2}$	1951	Père	R. A. S. (DBG+)	Cuti ++	Normale	Sans localisation connue	Non connue
N° 44	LEF. ... Norbert	1963	14 ans		Mère	Fièvre - érythème noueux	Cuti ++++	Normale	Erythème noueux	Non connue
N° 45	LEF. ... W. Claude	1963	13 ans		Mère	Fièvre - anorexie - asthénie - douleurs abdominales	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 46	LEB. ... Catherine	1963	9 ans		inconnu	Anorexie	Cuti +	Adénopathies bilaires bilatérales	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 47	HEM ... Thierry	1963	7 mois		inconnu	Fièvre - hypotrophie - toux adénopathie cervicale G.	Cuti -	Normale	Septicémie	Retard psycho moteur
N° 48	GAU. ... M. Cécile	1963	12 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - toux - dyspnée Point de côté	Cuti ++	Epanchement pleural droit	Pleurésie	Favorable
N° 49	DON. ... Lionel	1963	1 an $\frac{1}{2}$		Mari de la nourrice Magon travaillant à la maison	Fièvre - altération de l'état général	Cuti +++	Epanchement pleural droit	Pleurésie	Favorable
N° 50	COU. ... Anicette	1963	7 mois			Hypotrophie - vomissements	Cuti -	Miliaire	Septicémie	Décès
N° 51	TAV. ... Gladys	1964	6 mois		Oncle	Fièvre - toux - hypotrophie	Cuti +++	Normale	Sans localisation connue	Favorable
N° 52	TAV. ... Marlène	1964	1 an $\frac{1}{2}$		Oncle	Clochers fébriles à 40° Etat général altéré	Cuti ++	Adénopathie hilaira gauche	Ganglio-Pulmonaire	Favorable

Obs.	NOM	Année de la P. I.	AGE de la P. I.	Année du B C G	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentielles	TEST tuberculinique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N° 53	MAR. ... Martine	1964	4 ans $\frac{1}{2}$		En contact avec d'autres enfants bacillaires	Fièvre - amaigrissement	Cuti +	Trouble de ventilation du Lobe supérieur droit	Pulmonaire	Favorable
N° 54	MAR. ... Josiane	1964	7 mois			Anorexie - diarrhée rachitisme	Cuti +	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 55	MAR. ... Ghislaine	1964	7 ans $\frac{1}{2}$			R. A. S.	Cuti +++	Adénopathie hilaira gauche	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 56	HOG. ... Gaetan	1964	4 ans		Inconnu	Cachexie - Toux	Cuti +	Miliaire	Pulmonaire	Favorable
N° 57	HEM. ... Serge	1964	7 ans		(Famille de Nomades) NON CONNU	Hypotrophie	Cuti +	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Non Connue
N° 58	HEM. ... Rosita	1964	5 ans $\frac{1}{2}$			Hypotrophie	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Non Connue
N° 59	HEM. ... Patricia	1964	2 ans			Toux - Laryngite Hypotrophie	Cuti +++	Gros ganglion latéro-trachéal droit	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 60	HEM. ... Luc	1964	4 ans			Hypotrophie	Cuti +	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Non connue
N° 61	GAU. ... Odile	1964	11 ans $\frac{1}{2}$		Inconnu	Fièvre - dysphagie - dysphonie (abcès épiglottique)	Cuti -	Infiltrat de la partie moyenne du champ gauche	Laryngite tuberculeuse + tuberculose pulmonal	Favorable
N° 62	FRQ. ... Marcel	1964	10 ans $\frac{1}{2}$		Person. bacill.	Fièvre - anorexie - Toux asthénie	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	non connue
N° 63	DEL. ... Raymonde	1964	12 ans $\frac{1}{2}$		Grand-Père bacillaire ciliaire	Fièvre - anorexie - asthénie - douleur thoracique gauche	Cuti +	Epanchement pleural gauche	Furunculose	Non connue
N° 64	ELO. ... Béatrice	1964	9 ans $\frac{1}{2}$		Inconnu	Altération de l'état général - fièvre	Cuti ++	Miliaire	Sans localisation connue	Favorable
N° 65	CHA. ... Bruno	1964	14 mois		Père	Fièvre - anorexie - toux	Cuti ++	Opacifié partie moyenne champ D (trouble de ventilation)	Ganglio-pulmonaire	Favorable

Obs.	NOM	Année de la P. I.	AGE du P. I.	Année B C G	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentielles	TEST Tu- berculi- nique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
n° 56	BID. ... Alain	1964	2 ans		Père	Fièvre - hypotrophie - Troubles du caractère Purpura généralisé	Cuti +	Opacité para-hilaire droite (trouble de ventilation)	Ganglio-pul- monaire	Favorable
n° 57	BID. ... Patricia	1964	3 ans		Père	Bronchite avec fièvre	Cuti +++	Opacité para-cardiaque droite	Pulmonaire	Non connue
n° 58	DER. ... Henri	1964	9 mois		Familial (3 frères & soeurs)	Hypotrophie	Cuti ++	Normale	Sans localisa- tion connue	Non connue
n° 59	JOU. ... Nadia	1965	1 an $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - anorexie - vomis- sements - amaigrissement		Légère surcharge de la trame broncho-pulmonaire	Méningite	Non connue
n° 70	CHA. ... J. Yves	1965	13 ans		inconnu	Adénopathie du creux axillaire	Cuti +++	Normale	Adénite	Favorable
n° 71	SMA. ... Taous	1965	4 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Gibbosité - abcès du psoas gauche	Monotest + + +	Normale	Mal de Pott	Favorable
n° 72	QUE. ... Patrick	1965	6 ans		Mère	Anorexie - asthénie -Toux Amaigrissement	Cuti ++	Opacité para-hilaire trouble de ventilation)	Ganglio-Pulmo- naire	Favorable
n° 73	QUE. ... Pascal	1965	4 ans $\frac{1}{2}$		Mère	R. A. S.	Cuti ++	Adénopathie hilaire droite	Ganglio-pulmo- naire	Favorable
n° 74	PAP. ... Claude	1965	2 ans $\frac{1}{2}$		Mère	Fièvre - anorexie Asthénie	Cuti +++	Adénopathie hilaire droite	Ganglio-pulmo- naire	trainante
n° 75	PAP. ... Bruno	1965	1 an $\frac{1}{2}$		Mère	Accès fébriles - vomisse- ments - Anorexie	Cuti +++	Adénopathie hilaire D. + troubles de ventilat.	Ganglio-pulmo- naire	Favorable
n° 76	JEM. ... Josette	1965	8 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - altération de l'Etat général	Cuti +++	Adénopathies hilaires bilatérales	Ganglio-pulmo- naire	Favorable
n° 77	JEM. ... Fernande	1965	13 ans $\frac{1}{2}$	1959	inconnu	Asthénie - Toux - sueurs	Cuti +++	Caverne de la moitié su- périeure du poumon droit	Pulmonaire	Non connue
N° 78	HUC. ... Evelyne	1965	3 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Anorexie - Insomnie - Hypotrophie	Cuti +++	Miliaire	Pulmonaire	Favorable

Obs.	NOM	Année de la P. I.	AGE de la P. I.	Année du R. S.	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentielles	TEST Tuberculinique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N° 79	HUC. ... Pierre	1965	2 ans		inconnu	Fièvre - Toux - amaigrissement - diarrhée	Cuti +++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 80	DUB. ... René	1965	7 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - point de côté à droite	Cuti +++	Epanchement pleural droit	Pleurésie	Favorable
N° 81	CHA. ... Stéphane	1965	6 mois		Mère	Rhinopharyngite avec fièvre	Cuti ++	Adénopathie hilaira gauche + troubles de ventilation	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 82	SEL. ... Christophe	1966	2 mois		inconnu	Etat général alarmant avec dyspnée			Tuberculeuse pleuro-viscérale	Décès
N° 83	REL. ... Pascale	1966	7 ans		inconnu	Fébricule - amaigrissement	Cuti +++	Adénopathie médiastinale + troubles de ventilation du lobe droit	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 84	FEL. ... Gisèle	1966	10 ans		inconnu	Fébricule - asthénie - adénopathie axillaire gauche	Cuti ++	Surcharge hilaira bilatérale	Adénite	Favorable
N° 85	PAI. ... Lionel	1966	9 ans		inconnu	Anorexie - asthénie - diminution du rendement scolaire.	Cuti ++	Miliaire	Pulmonaire	Favorable
N° 86	LES. ... Rémi	1966	3 mois		Grand-Mère	Fièvre - Toux - perte de poids	Cuti +	Granulie	Septicémie	Décès
N° 87	GER. ... Christophe	1966	3 ans $\frac{1}{2}$	1966	Oncle	Toux - asthénie - pâleur hypostrophie	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite + troubles de ventilation	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 88	CLE. ... Marcelle	1966	4 ans		inconnu	Fièvre - anorexie - Toux asthénie - insomnie	Cuti ++	Normale	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 89	CHA. ... Claudia	1966	7 ans		inconnu	R. A. S.	Cuti +++	Normale	Sans localisation connue	Favorable
N° 90	CHA. ... Nadia	1966	6 ans		inconnu	R. A. S.	Cuti +++	Normale	Sans localisation connue	Favorable
N° 91	BOU. ... Dominique	1966	4 ans $\frac{1}{2}$		Père	Fièvre - asthénie - troubles du caractère	Cuti +++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Favorable

Obs.	NOM	Année de la P. I.	AGE de la P. I.	Année du B C G	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentielles	TEST Tuberculologique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
n° 92	BES. ... Michel	1966	2 ans		employé travailla. dans la maison	Fièvre - sueurs - vomissements - amaigrissement	Timbre +	Lobite supérieure droite	Pulmonaire + méningite	Favorable
N° 93	AND. ... Michel	1966	8 ans		inconnu	Fièvre - vomissements - céphalées	Cuti +	Opacité arrondie de la partie moyenne du champ droit	Pulmonaire + méningite	Favorable
N° 94	KER. ... Noëse	1967	4 ans		inconnu	Somnolence - Vomissements	Cuti -		Méningite	Coma puis décès
N° 95	TES. ... Evelynne	1967	6 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - anorexie - céphalées - raideur	Cuti -	Opacités parenchymateuses inhomogènes	Méningite	Favorable
N° 96	ROU. ... Martine	1967	9 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - point de côté à gauche	Cuti +++	Epanchement pleural gauche	Fleurésie	Favorable
N° 97	GIL. ... Frank	1967	5 semaines		Mère	Vomissements - Toux - Prematuré de 8 mois	Cuti -	Nodules confluent dans les deux champs	Tuberculose néo-natale	Décès
N° 98	DUV. ... Anne-Marie	1967	3 mois		père	Toux - Dyspnée Vomissements	Timbre +++	Troubles de la ventilation de la base droite	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 99	DEC. ... Jean-Luc	1967	3 ans		inconnu	Sub-fébrile - état général médiocre	Cuti +	Opacités hilaires	Pulmonaire	Non connue
N° 100	BOU. ... Nathalie	1967	3 mois		Mère	Prematurée de 7 mois Hypotrophie	Cuti +	Normale	Tuberculose congénitale	Encéphalopathie
N° 101	BEL. ... Agnès Marie	1968	3 ans		Oncle	Fièvre - anorexie - Toux amaigrissement	Timbre +++	Adénopathie inter-bronchique droite + opacité lobe gauche	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 102	CHR. ... Anne-Marie	1968	8 ans		inconnu	Fièvre - asthénie	Cuti +++	Adénopathies bilaires bilatérales	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 103	HAM. ... Veronique	1968	5 ans		Mère	Fièvre - toux amaigrissement	Cuti +++	Adénopathie hilare droite	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N° 104	CHÉ. ... Eliane	1968	9 ans		inconnu	Fièvre - asthénie érythème noueux	Cuti +++	Normale	Sans localisation connue	Favorable

Obs.	NOM	Année de la P. I.	AGE de la P. I.	Année du B C G	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentiellles	TEST Tu- berculi- nique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N°105	ALL. ... Michelle	1968	1 an $\frac{1}{2}$		inconnu	Fébricule - anorexie - toux	Cuti ++	Normale	Sans localisa- tion connue	Non connue
N°106	BAU. ... Katia	1968	2 ans		inconnu	Fièvre - hypotrophie	Cuti +++	Normale	Sans localisa- tion connue	Favorable
N°107	MAR. ... Alain	1969	1 an $\frac{1}{2}$		Parents	R. A. S.	Timbre + + +	Adénopathie hilairaie gauche	Ganglio-pulmo- naire	Favorable
N°108	MAN. ... Joël	1969	4 ans $\frac{1}{2}$		père	Altération de l'état gé- néral - Erythème nouveau	Cuti +++	Adénopathie hilairaie droite	Ganglio-Pulmo. + Erythème nouveau	Favorable
N°109	MAI. ... Nathalie	1969	3 ans		inconnu	Fièvre	Cuti +	Normale	Sans localisa- tion connue	Favorable
N°110	LEF. ... Michel	1969	15 ans		inconnu	Fièvre - asthénie	Monorest + + +	Epanchement pleural droit	Pleurésie	Favorable
N°111	KAP. ... Patrick	1969	6 mois		Père	Anorexie - perte de poids diarrhée	Cuti +	Normale	Sans localisa- tion connue	Non connue
N°112	DUM. ... Régis	1969	7 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Fièvre - anorexie - as- thénie - érythème nouveau	Cuti +++	Infiltrat du sommet droit	Pulmonaire + érythème nouveau	Favorable
N°113	DHO. ... Berthe	1969	11 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	R. A. S.	Cuti +	Infiltrat axillaire gauche	Pulmonaire	Favorable
N°114	DEL. ... Odile	1969	8 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Asthénie - altération de l'état général	Cuti +	Caverne du sommet droit	Pulmonaire	Favorable
N°115	MSA. ... Azéline	1969	9 ans $\frac{1}{2}$		inconnu	Adénopathies cervicales et axillaires droites	Cuti +++	Très importante masse ganglionnaire para- trachéale droite	Poly-ganglion- naire	Passage à la chrono- cité après chirurgie;
N°116	CHF. ... Willy	1969	11 mois		Père	R. A. S.	Cuti +	Adénopathie hilairaie droite	Ganglio-pulmo- naire	Favorable
N°117	BON. ... Loïc	1969	3 ans $\frac{1}{2}$		Père	Anorexie - toux	Cuti +	Infiltrat para- hilairaie droit	Pulmonaire	Décès acci- dental

Obs.	NOM	Année de la P. I.	AGE de la P. I.	Année du B C G	Contage	NOTIONS CLINIQUES essentielles	TEST Tuberculique utilisé	RADIO PULMONAIRE	TYPE de PRIMO-INFECTION	EVOLUTION
N°118	BON. ... Dominique	1969	8 ans		Père	Asthénie	Cuti +	Normale	Sans localisation connue	Favorable
N°119	BON. ... Caroline	1969	5 ans $\frac{1}{2}$		Père	R. A. S.	Cuti ++	Adénopathie hilaira droite	Ganglio-pulmonaire	Favorable
N°120	BLO. ... Patrick	1969	10 ans	1969	inconnu	Erythème nouveau	Cuti ++	Normale	Erythème nouveau	Favorable
N°121	POU. ... Christophe	1970	10 mois		inconnu	Fébricule - sueurs - toux vomissements	Monotest +	Normale	Pulmonaire	Favorable
N°122	STM. ... M. Domini.	1970	6 ans $\frac{1}{2}$	1968	inconnu	Fièvre - asthénie - céphalées - vomissements	Monotest +	Normale	Méningite	Favorable
N°123	YOU. ... Philippe	1970	10 ans		Mère	R. A. S.	Cuti +	Normale	Sans localisation connue	Favorable
N°124	YOU. ... Joël	1970	9 ans		Mère	Fébricule - sueurs - toux asthénie	Cuti +++	Normale	Sans localisation connue	Favorable
N°125	YOU. ... Béatrice	1970	6 ans		Mère	Fièvre - asthénie	Cuti +++	Normale	Sans localisation connue	Favorable
N°126	HEL. ... Fatima	1970	6 ans		Mère	Fièvre - asthénie - amaigrissement - adénopathies cervicales & sous-maxillaires	Monotest -	Normale	Adénite	Favorable
N°127	BOI. ... Serge	1970	15 ans	à la naissance	inconnu	Erythème nouveau	Monotest + + +	Normale	Erythème nouveau	Favorable
N°128	BIN. ... Sylvie	1970	13 ans	20 jours avant	Beau-Père	R. A. S.	Cuti - I.D. 10 +			
N°129	BIN. ... M. Noëlle	1970	11 ans				Cuti +	Normale	Sans Localisation connue	Favorable
N°130	BIN. ... Pascal	1970	7 ans				Cuti +			

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER R.
Chimio prophylaxie de la tuberculose
... Archives Médicales d'Angers, n° 4, 1959
- AMSLER R.
Actuelles subtilités des réactions tuberculiniques chez l'enfant et l'adolescent
... Réunion pédiatrique de l'Ouest, avril 1968
- AUBERTIN E.
Notions nouvelles sur la primo-infection tuberculeuse de l'enfant
... Bordeaux méd., juil. - août 1970, 3, n° 7-8, 1933
- AULAGNIER H.
Le pneumothorax spontané tuberculeux au cours de la primo-infection de l'enfant
... Lyon méd., 24 juil. 1960, 92e année, n° 30, 185
- BACH C.
Traitement de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant
... Monde méd., juil. - sept. 1968, 78, n° 1049, 1465-1471
- BALTAGI J. (Mme)
Chylothorax du nourrisson. A propos d'un cas observé au cours d'une primo-infection tuberculeuse
... Thèse Paris, 1968, n° 488, 45 pages
- BASUNTI V. et DONATEO M.
La primo-infection : relation de cas observés dans les dispensaires de la province de Livourne, de 1949 à 1958
... Lotta contro Tub., mai-juin 1960, 30, n° 5-6, 388 - 401, 10 tabl.

BASUNTI V. et DONATEO M.

La primo-infection tuberculeuse vue d'après l'activité d'un dispensaire et la pratique périodique et systématique des épreuves tuberculiniques.

... Lotta contro Tub., mars-av. 1963, 33, n° 3-4, 167-170

BATES J. H., POTTS W. E. et LEWIS M.

Epidémiologie de la tuberculose primaire dans une école professionnelle

... New England J. Med., 8 av. 1965, 272, n° 14, 714-717

BELYATSKAYA N.G., ALFIMOVA I.V., VINOGRADOVA T.I. et GRACHEVA R. GRACHEVA R.P.

Les particularités de la tuberculose primaire récemment découverte chez l'enfant

... Pediatria (Moscou), 1969, n° 9, 66 - 69

BERARD J. et CHATELAIN Ph.

Intérêt de la chimiothérapie de la primo-infection pour la prévention de la phthisie tertiaire précoce.

... Pédiatrie, 1962, 17, n° 5, 547-550

BETHENOD M. et HERMIER M.

La primo-infection tuberculeuse de l'enfant depuis 10 ans

... Pédiatrie, 1962, 49, n° 7, 770-777

BIONDO G.

Signification pathogénique et clinique de la pathologie tuberculeuse dans les deux premières phases du cycle primaire

... Lotta contro Tub., mars-av. 1963, 33, n° 3-4, 180-182

BISCIONE C. et BARIFFI F.

La morbidité de cycle primaire dans l'épidémiologie actuelle de la tuberculose

... Arch. Tisiol., déc. 1962, 17, n° 12, 961-972, 5 fig., 6 tabl.

BISCIONE C.

La primo-infection tuberculeuse chez l'enfant et chez l'adolescent

... Arch. phtisiol., fév. 1963, 18, n° 2, 35-59, 26 tabl.

BOGADELNIKOVA N.P.

Les bains de mer dans le complexe du traitement climatique et sanatoriel de l'enfant, atteint de tuberculose primaire

... *Pediatrics* (Moscou), 1960, n° 5, 58-62

BROUET G. et MARCHE J.

Primo-infection tuberculeuse et chimioprophylaxie
... *Entretiens de Bichat (Médecine)*, 1960, 387-394

BROUET G., MARCHE J. et LABRAM

Adolescence et primo-infection

... *Arch. Mal. prof., av.* - mai 1960, 21, n° 4-5, 255

BRUHAT G., COURBAIRE de MARCILLAT H. et VERNEIGES P.

Quelques aspects des primo-infections examinées au Contrôle Médical de la Sécurité Sociale de la Région du Massif Central depuis 1956

... *Pédiatrie*, 1962, 49, n° 7, 764-770, 5 tabl.

BULGARELLI R., NORDIO S., GIORDANO S. et GEMME G.

L'action du traitement cortico-stéroïdien sur les différents tableaux cliniques de la tuberculose primaire de l'enfant, en fonction de leur substratum pathogénétique

... *Minerva ped.*, 15 déc. 1962, 14, n° 50, 1487

BURGHARD G.

Conceptions actuelles du traitement de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant

... *Strasbourg méd.*, fév. 1962, 13, n° 2, 123-127

BURGHARD G.

Le traitement de la primo-infection tuberculeuse chez l'enfant

... *Méd. infant.*, août-sept. 1964, 71, n° 7, 405 - 417

CARDIS F.

Chimiothérapie du virage tuberculinique asymptomatique

... *Schweiz. med. Wschr.*, 7 mai 1966, 96, n° 18, 604 - 606

CARON J. et CARON-POITREAU J.

Diagnostic radiologique de la primo-infection tuberculeuse

... *Concours méd.*, 25 mars 1967, 89, n° 12, 2273-2286

CHOLLET M., GALEY J. et MATHEY J.

La place de l'adénectomie dans le traitement des accidents asphyxiques de la primo-infection tuberculeuse
... Sem. Hôp. Paris, 20 déc. 1961, 37, n° 71/8, 3533 - 3540, 8 fig.

CIAMBELLOTTI E. et CERONI P.

Images bronchologiques dans la primo-infection tuberculeuse du poumon
... Minerva radiol., janv.-fév. 1963, 8, n° 1-2, 17-18

Immunologie à l'usage des étudiants en Médecine, 1969

... Ig. CORDELIER Ed.

COUVE P., REBOULLET C., DELEGUE J. et DIEU J.C.

Opacités thymiques au cours de la tuberculose initiale
... Atlas Radiol. clin. (suppl. Presse méd.), 12 janv. 1963, 71, n° 2, 163/1 - 163/4, 24 fig.

COUVE P.

Traitement préventoriel et sanatorial de la tuberculose initiale et de ses complications chez des enfants du premier et du deuxième âge.

... Ann. Péd. (Sem. Hôp. Paris), 2 mars 1965, 41, n° 11/3 648/P.180 - 651/P.183

COUVE P., DIEU J.C. et ADENIS-LAMARE F.

Remarques à propos de la corticothérapie dans les opacités pulmonaires de la tuberculose initiale

... Ann. Péd. (Sem. Hôp. Paris), 2 mars 1965, 41, n° 11/3 680/P.212 - 682/P.214

D'ABBIERO A. et MENNA F.

Allergie tuberculeuse et décalage de la primo-infection
... Arch. Phtisiol., août 1961, 16, n° 8, 653-656

DAVIS J. H.

A propos des épreuves à la tuberculine et du traitement des tuberculoses primaires asymptomatiques chez l'enfant.

... Tuberkulosearzt, sept. 1960, 14, n° 9, 616-621

DEBRE R.

Le traitement de la tuberculose primaire chez l'enfant
... Maroc méd., mars 1961, 40, n° 430, 223-228

R. DELAITRE et E. FOURRIER

Les tuberculoses initiales du nourrisson et de l'enfant
... Assises départementales de Médecine d'Angers - Novembre 1970

DESCOINGS D.A. (Mme)

Les adénopathies médiastinales tuberculeuses de primo-infection de l'enfant s'aggravant à l'âge adulte
... Thèse Paris, 1968, n° 239, 26 pages

DIETZSCH H.J.

Le traitement endobronchique de la perforation ganglionnaire dans la tuberculose primaire chez l'enfant
... Mschr. Kinderh., mars 1961, 109, n° 3, 186 - 187

DIETZSCH H.J.

Bronchiectasies et sténoses bronchiques consécutives à la tuberculose primaire
... Mschr. Kinderh., déc. 1962, 110, n° 12, 517 - 524, 15 fig.

DIEU J. Cl., ADENIS-LAMARRE F., BITAR M. et DABBAGH M.

La rifampicine dans le traitement des formes ganglio-pulmonaires de la tuberculose initiale du nourrisson et de l'enfant
... Rev. Tub. Pneumol., mars 1970, 34, n° 2, 320-331, 6 tabl.

DOBREV P., PHILIPPOVA M. et SKAFIDA M.

La sensibilité à la tuberculine durant le traitement par la cortisone et les tuberculostatiques chez les enfants de moins de 5 ans atteints de primo-infection
... Praxis Pneumol., mai 1968, 22, n° 5, 303 - 311

DOBREV P.

Modifications de la sensibilité cutanée à la tuberculine chez les enfants de 0 à 5 ans sous traitement tuberculostatique pour primo-infection
... Praxis Pneumol., mars 1969, 23, n° 3, 162 - 175

DOESEL H.

Modifications bronchiques dans la tuberculose primaire
... Zschr. Tub., 1960, 114, n° 5-6, 271 - 280, 17 fig.

DOESEL H.

Observations bronchoscopiques comparatives chez le jeune enfant, l'écologiste et l'adolescent avec tuberculose primitive
... Mschr. Kinderh., déc. 1965, 113, n° 12, 681 - 684, 10 fig.

DONNADIEU M.

Signification du dosage des antistreptolysines au cours de la tuberculose initiale de l'enfant

... Ann. Ped., (suppl. Sem. Hôp. Paris), 14 oct. 1961, 37, n° 58/10, 432 - 434,

DREYER M.S., FERNANDEZ H., et GUILLERMO BONFANTE A.

Septicémie à pseudomonas aërugiosa au cours d'une primo-infection tuberculeuse

... Prensa méd. argent., 27 mai 1960, 47, n° 22, 1432-1441

DUMORTIER J.L. A.

La tuberculose primaire de l'enfant. Bilan de six années dans le service de Phtisiologie infantile de l'Hôpital Sainte-Eugénie

... Thèse Lyon, 1969, 88 pages, in Lyon méd., 27 juil. 1969, 222, n° 30, 198

FOUQUET J.

Attitude thérapeutique devant une primo-infection tuberculeuse

... Méd. prat., av. 1964, 20, n° 244, 75

FREOUR P., GERMOUTY J. et ROGER P.

L'évolution des primo-infections tuberculeuses depuis vingt ans

... Rev. Tub. Pneum., nov. 1961, 25, n° 11, 1127 - 1234, 8 tabl.

FREOUR P., GERMOUTY J. et MINGASSON F.

L'éthionamide dans le traitement des primo-infections tuberculeuses patentées de l'enfant

... Rev. Tub., déc. 1963, 27, n° 12, 1269-1274

FREOUR P., GERMOUTY J. et MINGASSON F.

Le traitement des primo-infections tuberculeuses par l'association asoniazide-éthionamide

... Entretiens Bichat (Thér.), 1964, 169 - 171

FREOUR P., GERMOUTY J. et MINGASSON F.

Traitement de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant par l'éthionamide par voie rectale en association à l'isoniazide per os

... Arch. franç. Péd., janv. 1965, 22, n° 1, 118-122

FREOUR P., GERMOUTY J., MINGASSON F. et WARIN J.F.

L'éthionamide par voie rectale dans le traitement de la tuberculose initiale de l'enfant

... Ann. Péd. (Sem. Hôp. Paris), 2 mars 1965, 41, n° 11/3 677/P.209 - 679/P.211

- GALACTEROS E., BURZONI F.J.M., COUTIN J. et MARQUE J.
Intérêt de la médiastinographie gazeuse chez l'enfant marocain pour différencier les images thymiques des adénopathies médiastinales de primo-infection.
... Poumon et coeur, 1963, 19, n° 1, 47-81, 5 fig.
- GANDINI D. et PETROCINI S.
Tableaux clinico-radiologiques des lésions adéno-broncho-parenchymateuses de la primo-infection tuberculeuse pulmonaire et ses séquelles chez l'enfant et chez l'adolescent.
... Radiologia med., av. 1964, 50, n° 4, 305-341 - 23 fig.
- GARCIA A.R.
L'opacité segmentaire dans la tuberculose intrathoracique primaire de l'enfance.
... Hospital, av. 1970, 77, n° 4, 1111-1144, 19 fig.(Bib.)
- GERBEAUX J., COUVREUR J., AUTIER C. et ROSE P.
Le granulome bronchique au cours de la tuberculose initiale chez l'enfant.
... Helvet. paed. Acta. Juin 1961, 16, n° 2 - 146-174, 8 fig. 11 tableaux
- GERBEAUX J. et COUVREUR J.
Emphysème systématisé et granulome endobronchique au cours de la tuberculose initiale.
... Ann. Chir. thor. cardio-vasc. (suppl. Ann. Chir. Juill. 1962, 16, n° 15-16) 1, n° 3, C.T. 1140-41).
- GERBEAUX J.
Traitement des formes purement biologiques de la tuberculose initiale.
... Ann. Péd. (Sem. Hôp. Paris) 2 Mars 1965, 41, n° 11/3, 659/P.191 - 669/P. 201
- GERBEAUX J., BACULARD A. et COUVREUR J.
Tuberculose primaire dans l'enfance.
... Am. J. Dis. Child. Nov. 1965, 110; n° 5, 507-518
- GERBEAUX J. et BACUIARD A.
Emploi des thioamides dans la tuberculose primaire et post-primaire de l'enfant à l'exclusion des méningites.
... B.M. Soc. Méd. Hôp. Paris, Nov-déc. 1965, 116, n° 15, 1575-1589, 8 tabl.
- GERBEAUX J.
Aspects actuels de l'épisode initial tuberculeux chez l'enfant.
... Gaz. Méd. de France, 5 Nov. 1967, 74, n° 27, 4965-76

GERBEAUX J. et coll.

Evolution du nodule tuberculeux au cours de la primo-infection de l'enfant traitée par les médicaments anti-tuberculeux (100 observations).

... Rev. Tub. Avr. 1966, 30, n° 4, 461-76 9 fig.

GERBEAUX J.

Tuberculose primaire de l'enfant.

... Méd. praticienne, Avr. 1968, 24, n° 329, 71-72

GERBEAUX J.

Tuberculose primaire de l'enfant

... Maroc Méd. Févr. 1969, 49, n° 521, 116-126.

GERBEAUX J. et HANOTEAU J.

Médications récentes dans le traitement de la tuberculose primaire.

... Ann. Péd. (suppl. Sem. Hôp. Paris) 2 Oct. 1970, 46, n° 39, 2426/P. 638-2431/P.643, 5 tableaux

J. GERBEAUX

Tuberculose primaire.

... Collection médico-chirurgicale - Pédiatrie Tome II, 1971, p. 1349-1392

GIAMMONA S.T., POOLE C.A., ZELKOWITZ P. et SKROVAN C.I.

Lymphadénopathie massive dans la tuberculose pulmonaire primitive des enfants.

... Am. Rev. Respi. Dis. Oct. 1969, 100, n° 4 - 480-489, 10 fig.

GILLY R., VIALIER-RAYNARD J., DUMORTIER J.L.A. et BETEND B.

Etat actuel de tuberculose primaire de l'enfant

... Rev. Lyon Méd. 1970, 19, n° spécial, 71-76

GIRAUD P. et Coll.

Les indications et les résultats de la chirurgie d'exérèse dans la tuberculose primaire de l'enfant. Expérience de la Clinique Médicale infantile de Marseille.

... Rev. Tub. Pneum. Nov. 1961, 25, n° 11, 1261-1269

GIRAUD P. et Coll.

Les dilatations bronchiques consécutives à la tuberculose primaire.

... Ann. Pédiat. (suppl. Sem. Hôp. Paris) 2 Nov. 1962 38, n° 60, 559-575, 30 fig. 6 tabl.

GIRAUD P., ODDO G., et ETHEKDJIAN S.

La place de l'Ethionamide dans le traitement des primo-infections graves de l'enfant et du nourrisson.

... Ann. Pédiat. (Sem. Hôp. Paris) 2 Mars 1965, 41 n° 11/3- 670/p. 202, 676/p.208

GUIMARD P. et GOUYON C.

Emploi de l'Ethionamide dans le traitement de la primo-infection de l'enfant.

... Rev. Tub. Déc. 1966, 30, n° 12, 1250-1255

HANOTEAU J.

Le traitement préventoriel de la primo-infection et des complications chez l'enfant d'âge scolaire.

... Ann. Pédi. (Sem. Hôp. Paris) 2 Mars 1965, 41, n°11/3, 652/p.184, 658/p.190.

HOTTER G. J.

Primo-infection et corticothérapie

... *Tuberkulosearzt*, Juin 1963, 17, n° 6, 343-351

HUTTNER T.

La fistulisation ganglio-bronchique au cours des primo-infections tuberculeuses traitées chez l'enfant (à propos de 151 observations).

... Thèse PARIS, 1963, n° 1200, 58 p.

JEANDOT M.

Etude statistique sur 817 cas de primo-infections traitées au préventorium de Romans-Ferrari (Ain)

... Thèse Lyon 1965, 54 p. in *Lyon Méd.* 4 Juill. 1965, n° n° 27, 27-28.

JEANNIN J., ALISON M., STERLIN Mlle et JEANNIN F.

Emphysème médiastinal et cervical accompagnant une suppression de la région hilare et coïncidant avec un virage récent de la cuti-réaction tuberculinique chez un enfant de 2 ans.

... *Pédiatrie*, Oct-Nov. 1967, 52, n° 7, 850-851

KAPLAN M. et DOBROWOLSKI B.

Etude de germes isolés de 289 tuberculoses initiales de l'enfant. Fréquence d'isolement, caractères cultureux et biologiques. Résistance aux antibiotiques.

... *Arch. franç. Péd.* 1960, 17, n° 5, 605-626, 5 fig. 7 tabl.

KEIDAN S.E. et Mc LAREN TODD T.

La triamcinolone dans la primo-infection tuberculeuse.

... *Lancet* 2 Déc. 1961, 2 n° 7214, 1224-1227, 5 Tabl.

KHAN. A.

Données générales sur la tuberculose initiale de l'enfant.

... *Mém. Assist. étr.* 14 Janv. 1965, 32 p. dact.

KLEPPING A.

Surveillance d'une primo-infection.

... *Rev. Méd. Dijon*, déc. 1969, 4, n° 8, 545-552

KRZYSKO R., MARCINIAK J. et ZIELNIEWICZ B.

Valeur de la surveillance du traitement ambulatoire et stationnaire chez le malade à réaction TbB récemment positive dans la 1ère année du traitement et possibilités de transformation des crachats.

... Zschr. Erkrank. Atmungs., sept. 1970, 132, n° 1, 49-51

KULIABKO O.V. et SEREDA E.V.

Histaminopexie chez les enfants bien portants et ceux atteints de primo-infection tuberculeuse.

... Pédiatria (Moscou), 1963, n° 7, 11-17

LEE NEMIR R., CARDONA J., VAZIRI F. et TOLEDO R.

De l'appoint constitué par la prednisone dans le traitement chimiothérapique de la tuberculose ganglio-bronchique chez l'enfant : étude menée par la méthode du double incognito utilisant le produit et un placebo (primo-infection).

... Am. Rev. Resp. Dis., mars 1967, 95, n° 3, 402 - 410
6 tabl.

LE LOURD R.

Primo-infection tuberculeuse.

... J. Agrégés, janv. - fév. 1969, 2, n° 1 - 2, 13-17

LEMOINE J.M.

L'intérêt du contrôle bronchoscopique dans le traitement de certaines tuberculoses initiales.

... Ann. Péd. (Sem. Hôp. Paris), 2 mars 1965, 41, n° 11/3
684/P.216 - 686/P.218

LENZINI L. et MAFFEI C.

Aspects qualitatifs actuels de la tuberculose pulmonaire primaire à l'âge scolaire.

... Arch. Phtisiol., oct. 1961, 16, n° 10, 868-869

LESOBRE R. et OURY M.

Les complications vasculaires tardives de la primo-infection tuberculeuse.

... Rev. Praticien, 21 janv. 1966, 16, n° 3, 351-361

LORBER J.

Isoniazide dans la tuberculose primaire du nourrisson.

... Arch. Dis. Child., déc. 1961, 36, n° 190, 669-686,
31 fig., 13 tabl.

- LOTTE A., NOUFFLARD H., DEBRE R. et BRISSAUD H.E.
 Traitement de la primo-infection tuberculeuse.
 ... Pédiatries, oct. 1960, 26, n° 4, 641-653, 6 tabl.
- LOWYS P.
 Diagnostic, traitement et prévention de la tuberculose initiale chez l'enfant et l'adolescent.
 ... Concours méd., 27 av. 1963, 85, n° 17, 2686-2695
- LOWYS P., BOYE J. et ROUX C.
 De l'utilité de certains examens chez l'enfant atteint de tuberculose initiale. (Prélèvement laryngé des crachats ; examen du fond de l'oeil ; test urinaire d'Addis-Hamburger).
 ... Rev. Tub., janv. 1964, 28, n° 1, 187-194
- LUCA R. (De)
 La tuberculose en Sicile. Pathologie tuberculeuse de première infection.
 ... La Pediatria, 1964, 72, n° 3, 423-436, 13 fig.
- LUPASCO I., BUNGETIANU M. et MACRI V.
 La réduction du taux d'évolutions défavorables chez les enfants avec tuberculose primaire.
 ... Viata med., av. 1960, 7, n° 4, 313-320, 10 fig.
- MAGLIARO N.
 Contribution à la fréquence quantitative et qualitative de la tuberculose primaire dans la population scolaire de la province d'Avellino.
 ... Arch. Phtisiol., oct. 1961, 16, n° 10, 870-876
- MAHADY S.C.F.
 Une poussée de tuberculose primaire chez des écoliers. Aspects cliniques.
 ... Am. Rev. Resp. Dis., sept. 1961, 84, n° 3, 348-358
 5 tabl.
- MAMMAR D.
 Les opacités aiguës systématisées d'allure pneumonique au cours de la tuberculose initiale de l'enfant. (Aspects cliniques et physiopathologiques avec discussion nosologique).
 ... Thèse Paris, 1965, n° 186, 63 pages
- MASBERNARD A. et LEROY D.
 Amylose développée en moins de deux mois au cours d'une primo-infection phthisiogène.
 ... Rev. Tub., sept.-oct. 1965, 29, n° 9-10, 791-800

MAURO G.

Les dérivés de la cortisone dans le traitement des processus tuberculeux du cycle de la primo-infection.
... Gazz. med. ital., oct. 1960, 119, n° 10, 407-411

LA MENDOLA S., POLESE I. et LO VERSO PEDRONE A.

Thérapie ambulatoire par morphazinamide dans certaines formes de tuberculose pulmonaire du cycle primaire.
... Minerva med., 1er sept. 1965, 56, n° 70, 2836-2844, 33 fig.

MENIBUS C. H. (De)

Opinions actuelles à propos du virage des réactions tuberculiques.
... Rev. Méd. normandes, mai 1961, 3, n° 5, 323-331

MIGUERES J.

Notions d'actualité pratiques sur la primo-infection tuberculeuse.
... Antenne méd., 3e trim. 1965, 2, n° 3, 97-101

MOLINA Cl. et RAYNAUD E.J.

Primo-infection tuberculeuse.
... E.M.C., POUMON, fasc. 6027 A10, 3-1970

MONTHULE M.

Le milieu affectif familial et social chez l'enfant atteint de primo-infection tuberculeuse.
... Thèse Paris, 1964, n° 180, 50 pages.

MOTHES B. (Mme)

A propos d'une complication rare de la primo-infection tuberculeuse de l'enfant : la paralysie du nerf phrénique. Rappel de son traitement et de sa prévention.
... Thèse Paris, 1967, n° 904, 34 pages.

MOUNT F.W., ANASTASIADIS A.A. et SCHNACK G.A.

Etude contrôlée du taux d'isoniazide biologiquement actif dans le sérum d'enfants atteints de primo-infection tuberculeuse.
... Am. Rev. Resp. Dis., fév. 1961, 83, n° 2, 173-183, 6 tabl., 6 fig.

MOUNT F.W. et Sh. H.

Action préventive de l'isoniazide dans le traitement de la primo-infection de l'enfant.
... New England J. Med., 12 oct. 1951, 265, n° 15, 713-721, 8 tabl.

- MOZZICONACCI P., GERBEAUX J., BACULARD A. et CARAVANO R.
L'infection streptococcique latente. Etude dans une collectivité d'enfants atteints de primo-infection tuberculeuse.
... Ann. Péd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), 2 oct. 1963, 39, n° 43/10, 1955/P.463 - 1959/P.467
- MOZZICONACCI P., GERBEAUX J., BACULARD A., DONNADIEU M. et CARAVANO R.
Infection latente à streptocoques et état de porteur au cours de la tuberculose initiale chez les enfants.
... Am. Rev. Respir. Dis., déc. 1965, 92, n° 6, 877-884, 5 tabl.
- MYERS J.A., BEARMAN J.E. et DIXON H.G.
Histoire naturelle de la tuberculose dans le corps humain. VI. Pronostic parmi les enfants réagissant à la tuberculine de 6 à 12 ans.
... Am. Rev. Respir. Dis., sept. 1964, 90, n° 3, 359-369
- NIKITOVA A.N.
L'évolution des primo-infections tuberculeuses traitées chez l'enfant.
... Peditria (Moscou), 1961, n° 12, 3-8
- NOE A.
Le traitement systématique de la primo-infection tuberculeuse sans signes cliniques ou radiologiques.
... Méd. et Hyg., 8 mars 1967, 25, n° 770, 250-252
- OCHS C.W.
Virage des réactions à la tuberculine.
... J.A.M.A., 19 juin 1967, 200, n° 12, 1019-1022
- OLMER J., MONGIN M., LALLEMAND M. et MARIANI R.
Particularités cliniques d'une primo-infection tuberculeuse grave. Intérêt du traitement chirurgical.
... Marseille méd., 1963, 100, n° 12, 1263-1266
- PADOVANI J. et ODDO G.
La tomographie frontale oblique dans le bilan de la primo-infection.
... J. Radiol. Electrol., janv.-fév. 1969, 50, n° 1-2, 79-81 7 fig.

PARFENOVA

Observations continues cliniques et radiologiques des enfants au moment de la primo-infection.
... *Pediatrics* (Moscou), sept. 1963, n° 9, 27-33

PATZKHWEROVA A.G.

Clinique et traitement des formes primaires de tuberculose, compliquées par l'atélectasie chez l'enfant plus âgé.
... *Pediatrics* (Moscou), 1960, n° 5, 46-51

PECHSTEIN J.

Atteinte du 7eme segment pulmonaire dans la tuberculose primitive par abcès lymphogène.
... *Beitr. Klin. Tub.*, 1965, 131, n° 5, 358-367

PECHSTEIN J.

Mesures bronchologiques précoces dans les effractions broncho-ganglionnaires de la tuberculose infantile primaire.
... *Praxis Pneumol.*, juin 1965, 19, n° 6, 327-338, 9 fig.

PERELMAN R.

Conduite à tenir devant une réaction cutanée à la tuberculine positive pour la première fois.
... *Concours méd.*, 15 fév. 1964, 86, n° 7, 997-1000

PONTVILLE M. (De) et LEBLANC M.

Le diagnostic radiologique de la primo-infection du poumon.
... *Vie méd.*, juin 1965, 46, n° 6, 1063-1080, 9 fig.

PRICE C.G.

Problèmes endobronchiques de la tuberculose primitive de l'enfance.
... *Med. J. Australia*, 2 sept. 1967, 54, n° 10, 445 - 448

PRYLES C.Y.

Traitement des virages récents des épreuves tuberculini-ques chez l'enfant.
... *New. England J. Med.*, 24 mai 1962, 266, n° 21, 1103-1105

PRINCIPE A. (Del) et CAIONE C.

Nouveaux aspects de la tuberculose primaire de l'enfance.
... *Pédiatrie*, 1962, 49, n° 7, 835-843

PULIDO E. et CHIAVINATO G.

Variations immunoglobuliniques du sérum dans la tuberculose post-primaire.

... Minerva med., 29 déc. 1968, 59, n° 104, 5935-5938

RELIER J.

Dix années de traitement de la primo-infection en milieu préventorial 1948-1958.

... Thèse Paris, 1961, n° 156, 51 pages.

RENARD J., DIEU J.C., PUVINEL B., ADENIS-LAMARRE F. et BERTRAND Y.

L'avenir des séquelles locales des lésions de primo-infection ganglio-pulmonaire.

... Poumon et Coeur, 1967, 23, n° 2, 155-186, 16 fig.

RENOVANZ H.D.

L'action de la cortisone et de ses dérivés sur les opacités pulmonaires dans la tuberculose primaire chez l'enfant.

... Mschr. Kinderh., mars 1960, 108, n° 3, 204-207

RENOVANZ H.D.

Le résultat du traitement de la tuberculose primaire chez l'enfant par la prednisone et la dexaméthazone, avec considération particulière des résultats des examens pratiqués au bout de trois ans.

... Mschr. Kinderh., mars 1961, 109, n° 3, 191-193, 5 tabl.

RICHARDS W.F.

Le rôle de la bronchoscopie dans la primo-infection tuberculeuse de l'enfant.

... Brit. J. Dis. Chest., av. 1962, 56, n° 2, 49-56, 6 fig.

ROCHE G. et MASOURENOX I.

Les opacités pulmonaires systématisées au cours de la tuberculose initiale de l'enfant.

... Concours méd., 30 sept. 1961, 63, n° 39, 4691-4699

RUFFINO J.

Traitement de la primo-infection tuberculeuse.

... Méd. interne, déc. 1968, 3, n° 12, 863-877

SAMPAOLO G.

La fréquence des formes tuberculeuses du cycle primaire.
... Arch. Phtisiol., août 1961, 16, n° 8, 683-688, 5 fig.

SANZ GARCES M.

Les nouvelles données concernant le traitement de la primo-infection tuberculeuse, en particulier chez l'enfant.
... Bol. Sec. Valenciana Ped., av.-mai-juin 1961, 3, n° 10
241

SARROUY CH., VAILLAUD J.C. et SABATINI R.

Indications de la bronchoscopie dans le diagnostic de la tuberculose initiale de l'enfant.
... Progrès méd., 10 fév. 1965, 93, n° 3, 83-92

SARROUY Ch., VAILLAUD J.C. et SABATINI R.

La 4-4' diisoamyloxythiocarbanilide (Isoxyl) dans le traitement des primo-infections de l'enfant et du nourrisson.
... Progrès méd., 10 nov. 1965, 93, n° 17, 693-701

SAUVAGET J.

Primo-infection tuberculeuse.
... Inter Fac., janv. 1967, 21, n° 217, 17 - 22

SCHWARTZ Ph.

Tuberculose pulmonaire primaire et post-primaire.
... Tuberkulosearzt, nov. 1963, 17, n° 11, 667-680

SCROCCA P. et DI CERBO G.

Les formes pulmonaires primaires dont on a fait la preuve au Dispensaire de Caserta (Italie) de 1947 à 1958. Données statistiques et appréciation médico-sociale.
... Betta Contro Tub., déc. 1961, 31, n° 12, 1525-1529

SIMON K.

Exemples d'évolution de la tuberculose primaire et leurs conséquences pour le traitement et le pronostic.
... Beitr. Klin. Tub., 1960, 122, n° 4, 305-313, 6 fig.

SIMON K.

Découvertes bronchoscopiques au cours de la tuberculose primaire ; leur photographie.
... Tuberkulosearzt, janv. 1962, 16, n° 1, 19-34, 14 fig.

SIMON K.

Tuberculose primitive du point de vue épidémiologique
... Zschr. Tub., oct. 1968, 129, n° 3-4, 191-201

SIMON K.

La tuberculose primaire analysée par scintigraphie
pulmonaire.
... Praxis Pneumol., août 1970, 24, n° 8, 479-484

SNIJDER J.

Infiltration obstructive au cours de la tuberculose pri-
maire de l'enfant.
... Rev. Tub. Pneum., nov. 1961, 25, n° 11, 1285-1291

SOREL R., BARDIER A., REGNIER C. et MARTINEZ J.

A propos de deux complications locales de primo-infection
tuberculeuse.
... J. Méd. Bordeaux, mars 1961, 138, n° 3, 430-432

SOSSO A. et CUGINI A.

L'examen radiologique dans la période consécutive à la
primo-infection tuberculeuse du poumon.
... Minerva radiol., janv.-fév. 1963, 8, n° 1-2, 53-54

STAIN J.P.

La primo-infection tuberculeuse : signes, diagnostic
et traitement.
... Rev. méd. norm., août-sept. 1969, 11, n° 7, 485-506

STEINER M. et COSIO A.

La tuberculose primaire chez l'enfant. I. Fréquence des
formes primitives résistantes chez 332 enfants observés
de 1961 à 1964 au Kings County Medical Center de
Brooklyn.
... New England J. Med., 7 av. 1966, 274, n° 14, 755 -
759, 7 tabl.

STEINER M., ZIMMERMAN R., PARK B.H., SHIRALI S.R. et SCHMIDT H.

Tuberculose primaire chez les enfants. 2. Corrélation
des profils de susceptibilité de M. tuberculosis isolé
d'une part chez des enfants, et d'autre part chez des
cas représentant une source d'infection. Utilisation de
ces données comme index de l'infection résistante aux
médicaments dans une communauté.
... Am. Rev. Respir. Dis., août 1968, 98, n° 2, 301 -
309, 5 tabl.

STRAUS P. et SALFATI G.

Les primo-infections des enfants de travailleurs migrants.
... Ann. Péd. (suppl. Sem. Hôp. Paris), 46, n° 39,
2411/P. 623- 2418/P. 630, 9 tabl.

TILLIET J.P.

Quelques considérations sur la primo-infection tuberculeuse et son traitement actuel.
... Thèse Paris 1966, n° 1042, 50 pages

TISSOT F.

Approche du facteur psychique et social dans l'étiologie des rechutes après primo-infection.
... Rev. Tub. Pneumol., janv. 1965, 29, n° 1, 102 - 105

TISSOT F.

Approche de la psychogénèse des rechutes de la primo-infection.
... Ann. Péd. (Sem. Hôp. Paris), 2 mars 1965, 41, n° 11/3, 689/P.221-691/P.223

UZZAN D., PERSONNE C. et CHEVASSU-PERIGNY J.

Papillomatose trachéo-bronchique diffuse et primo-infection tuberculeuse.
J. franç. Méd. Chir. thor., 1960, 14, n° 3, 309-314, 3 fig.

VAUCHER

Les localisations tuberculeuses extra-thoraciques consécutives aux primo-infections et aux granulies. Leur diagnostic est précoce. Peut-on les prévenir par le traitement approprié.
... Maroc méd., juin 1960, n° 421, 642-646.

VECCHI R. (De)

Conduite thérapeutique devant un épisode initial de tuberculose.
... Minerva med., 24 fév. 1968, 59, n° 16, 885-887

VIDAL J., FOURCADE J. et MARTY J.C.

Un nouveau cas de virage tuberculinique monosymptomatique d'une primo-infection du nourrisson, par contamination familiale.
... Montpellier méd., janv. 1960, 103, n° 1, 7-8

VIDAL J. et GUIN J.J.

La primo-infection tuberculeuse ne demande qu'à guérir.
... Montpellier méd., sept.-oct. 1962, 105, n° 2, 112-115

VOOGD A. (De) et MOUNEY M.

Intérêt du traitement de la primo-infection tuberculeuse sévère par l'association I.N.H. - éthioniamide (1314 Th.)
Rôle de l'avitaminose PP dans la genèse des incidents thérapeutiques. Possibilités de prévention.
... Rev. Tub., av. 1961, 25, n° 4, 411 - 423

VOOGD A. (De) et FINIELZ H. (Mlle)

Le traitement de la primo-infection par l'association I.N.H. - éthioniamide à doses élevées. Impressions d'ensemble après deux années d'expérience.
... Revue Tub., fév.-mars 1962, 26, n° 2-3, 340-352, 8 fig.

VOOGD A. (De)

Le diagnostic de la primo-infection pathologique chez l'enfant qui a été, qui aurait été, qui n'aurait pas été vacciné par le B.C.G.
... Acta physiol., déc. 1963, 12, n° 61, 15-21

VOOGD A. (De)

Le traitement chirurgical de la primo-infection et de ses complications directes.
... Poumon et Coeur, 1965, 21, n° 9, 1055-1063

WEBER A.L., BIRD K.T. et JANOWER M.L.

Tuberculose primitive de l'enfant avec insistance particulière sur les modifications de l'arbre trachéo-bronchique.
... Am. J. Roentgenol., mai 1968, 103, n° 1, 123-132, 10 fig.

WYSS M.L.

Epidémie de primo-infection pulmonaire dans une collectivité d'enfants à partir d'une tuberculose fibro-cavitaire chez une adulte. Considérations sur le moment d'apparition de l'allergie.
... Ann. paed., 1963, 200, n° 6, 417-440, 13 fig., 6 tabl.

ZAKIN M.M.

Fréquence des formes initiales de tuberculose pulmonaire.
... Klinitcheskaja (Moscou), 1969, 47, n° 2, 92-96

ZITRIN C.M. et LINCOLN E.M.

Primo-infection tuberculeuse à B.K. résistants, avec une revue de la littérature mondiale sur la primo-infection à bacilles isoniazido-résistants.
... J. of Ped., fév. 1961, 58, n° 2, 219-225



